



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Título Conferido: Mestre em Enfermagem

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Coorientadora: Mestre Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Volume 1

Maria Helena Simões Pires

**Maio
2015**

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Unidade Curricular: Estágio e Relatório

Título Conferido: Mestre em Enfermagem

Orientadora: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Coorientadora: Mestre Paula Oliveira

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Volume 1

Maria Helena Simões Pires

Maio
2015

Se você está a percorrer o caminho dos seus sonhos, comprometa-se com ele. Não deixe a porta de saída aberta, com a desculpa: Ainda não é bem isto que eu queria. Esta frase guarda dentro dela a semente da derrota. Assuma o seu caminho. Mesmo que precise de passos incertos, mesmo que saiba que pode fazer melhor aquilo que está a fazer. Se você aceitar as suas possibilidades no presente, de certeza que vai melhorar no futuro. Mas, se negar as suas limitações, nunca se verá livre delas. Enfrente o seu caminho com coragem, não tenha medo da crítica dos outros. E, sobretudo, não se deixe paralisar pela sua própria crítica.

Paulo Coelho

Agradecimentos

À Professora Doutora Filomena Martins, orientadora deste relatório, pela sua plena disponibilidade, apoio e incentivo.

À Mestre Paula Oliveira, coorientadora deste relatório, pela orientação e apoio incondicional na realização deste relatório.

A todos os professores da ESSP que lecionaram na terceira edição do Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos saberes transmitidos e pela dedicação aos alunos.

A todos os idosos que aceitaram participar no estudo, o meu sincero agradecimento.

Ao Presidente do Município de Ponte de Sor e ao Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor pela colaboração demonstrada.

À minha amiga Aline, pela enorme amizade, pela partilha de saberes e pelo encorajamento a nível pessoal e profissional, ao longo dos últimos 15 anos.

À minha família, pela motivação para ir mais além e paciência incondicional neste e noutros momentos essenciais da minha vida.

A todos, Muito Obrigada!

Resumo

O desenvolvimento da sociedade nos últimos anos contribuiu para um desenvolvimento das condições de vida e dos cuidados de saúde, levando a um aumento da esperança média de vida, e permitindo assim alterações demográficas de entre as quais se destacam o envelhecimento.

Este facto provoca alterações profundas a vários níveis, entre os quais económicos, sociais, familiares e de saúde.

Numa época em que o progresso científico e o desenvolvimento tecnológico têm proporcionado importantes avanços a todos os níveis, paralelamente têm emergido novas ameaças à saúde de todos nós. O cenário atual em que vivemos não é fácil, os recursos são cada vez mais escassos e as disparidades socioeconómicas começam a acentuar-se.

O envelhecimento é um tema que tem suscitado interesse no meio político, social, económico e académico, e há um reconhecimento de que o seu processo pode ser mais ou menos complexo, com mais ou menos pesar para os que o experienciam na primeira pessoa, mas também para aqueles que de perto vivem este fenómeno. Apesar de estar disponível muita informação sobre este assunto, acreditamos que nunca é demais abordar e estudar esta problemática. A sua persistência e aumento significativo, previsivelmente duradouro, merecem todas as soluções, propostas e intervenções que possam ir ao encontro destas necessidades, para que assim, possam ser colmatadas ou minimizadas.

Tendo em conta estas premissas, o estágio de intervenção comunitária decorreu no período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014, na Freguesia de Tramaga, sendo a população alvo os idosos com 65 ou mais anos.

A intervenção comunitária foi desenvolvida com base no planeamento em saúde, mas no âmbito da promoção da saúde todas as atividades foram baseadas na Teoria de Organização Comunitária, uma vez que no decurso das atividades desenvolvidas, o principal objetivo passou pela capacitação dos idosos, incentivando ao *empowerment*.

Enquanto profissionais de saúde, o propósito da intervenção comunitária passou pela transmissão de conhecimentos e sensibilização aos idosos, para que estes possam participar de maneira informada e consciente na tomada de decisão relativamente à sua saúde.

O objetivo final será a sensibilização positiva para a mudança de comportamentos, traduzindo ganhos em saúde, ainda que a longo prazo.

Este estágio de intervenção comunitária permitiu-nos adquirir a maioria das competências gerais do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Intervenção Comunitária, Planeamento em Saúde, *Empowerment*

Abstract

The society development in the last years contributed to living conditions development and health care, taking to an increase in average life expectancy, allowing demographic changes among which stands out aging.

This fact causes deep changes at various levels, including economic, social, family and health.

At a time when scientific progress and technological development have proportionated significant progresses at all levels, have emerged alongside new threats to our health. The current scenario in which we live is not easy, resources are increasingly scarce and socio-economic disparities begin to increase.

Aging is an issue that has raised interest among political, social, economic and academic environments, and there is a recognition that its process can be more or less complex, with more or less regret for those who experience in the first person, but also for those who live closely this phenomenon. Despite being available much information on this subject, we believe that it never hurts to approach and study this issue. Its persistence and significant increase, predictably lasting deserve all solutions, proposals and interventions that can meet these needs, so that, they can be bridged or minimized.

Having these assumptions in mind, the community intervention training took place in the period from 16th September 2013 to 31st January 2014, in Tramaga Parish, and the target population were aged people with 65 years old and more.

The community intervention was developed based on the planning in health, but in the context of health promotion. All activities were based on Community Organization Theory, because during the activities, the main goal was to enable the elderly, encouraging the empowerment.

As health professionals, the purpose of the community intervention was done through transmitting knowledge and awareness of the elderly, in order they can participate in an informed and conscious decision-making regarding their health.

The final goal will be the positive awareness of behaviour changes, translating health gains, even if a long-term.

This community intervention training has enabled us to acquire the majority of the general skills of a Specialist Nurse, as well as specific skills of a Specialist Nurse in the Nursing Community and Public Health defined by the Order of Nurses.

KEY-WORDS: Elderly, Intervention Community, Planning in Health, Empowerment

Abreviaturas e símbolos

AVD – Atividades de Vida Diárias

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

etc. – *et cetera*

f. – folha

GNR – Guarda Nacional Republicana

HTA – Hipertensão

INE – Instituto Nacional de Estatística

km – quilómetro

km² – quilómetro quadrado

NIS – Núcleo de Idoso em Segurança

nº – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIMPA – Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade

PNS – Plano Nacional de Saúde

Q – Quinzena

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIV – Suporte Imediato de Vida

SUB – Serviço de Urgência Básica

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

% – por cento

Índice geral

VOLUME 1	f
INTRODUÇÃO	14
1 – PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	17
1.1 – ESTRATÉGIAS DE PESQUISA	18
1.2 – RESULTADOS OBTIDOS	19
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
2.1– PERSPETIVA GLOBAL DO ENVELHECIMENTO	20
2.1.1 – O Processo de Envelhecimento	21
2.1.1.1 – Alterações Físicas	21
2.1.1.2 – Alterações Psicológicas	24
2.1.1.3 – Alterações Sociais	25
2.2 – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL	27
3 – PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	32
3.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE- EMPOWERMENT	34
3.1.1 – Teoria de Organização Comunitária	37
3.2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	38
4 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	44
4.1 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E ACESSIBILIDADE	44
4.2 – FREGUESIAS DO CONCELHO DE PONTE DE SOR	44
4.2.1 – Freguesia de Tramaga	45
4.3 – CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SOR	46
4.4 – CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DA FREGUESIA DE TRAMAGA	51
4.5 – CONTEXTO DE INTERVENÇÃO	53
5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	58
5.1 – ESCOLHA DA POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTÁGIO	58
6 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO	59
6.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	60
6.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	61

6.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	62
6.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	68
6.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	71
6.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	71
6.7 – EXECUÇÃO	73
6.8 – AVALIAÇÃO	75
6.8.1 – Avaliação das atividades realizadas	76
7 – REFLEXÃO CRÍTICA	83
CONCLUSÃO	87
BIBLIOGRAFIA	91

VOLUME 2

APÊNDICES

Apêndice I- Análise de artigos pela metodologia PICO	9
Apêndice II – Projeto de Estágio de Grupo e Individual	17
Apêndice III – Questionário – Necessidades de Saúde da População com idade maior ou igual a 65 anos de Tramaga	130
Apêndice IV – Apresentação em <i>power point</i> da sessão “Segurança do Idoso”	142
Apêndice V – Folheto “Prevenir para não cair...”	148
Apêndice VI – Folheto “Inverno em Segurança”	151
Apêndice VII – Guião Orientador para Reunião com Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor – Propostas de Intervenção na Comunidade	154
Apêndice VIII – Folheto “Diabetes: aprender, corrigir, melhorar”	158
Apêndice IX – Folheto “ Conselhos úteis para enfrentar a Hipertensão Arterial com um estilo de vida saudável”	161
Apêndice X - Documento de avaliação do Atelier de Saúde	164
Apêndice XI – Artigos de Saúde publicados no jornal “aponte” e “Sor Saúde”	167
Apêndice XII – Cronograma de Intervenção Comunitária 2013/2014	170
Apêndice XIII – Apresentação em <i>power point</i> dos principais resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga	179
Apêndice XIV – Cartaz a convidar população para assistir Fórum Comunitário	189
Apêndice XV – Convite para Fórum Comunitário	191
Apêndice XVI- Cartaz de divulgação do Atelier de Saúde	193

Apêndice XVII - Documento “ Combate ao isolamento e insegurança dos idosos de Tramaga”, para apresentar em reunião preliminar com empresa de Teleassistência	195
Apêndice XVIII – <i>Email</i> a solicitar parceria com GNR para a sessão da “Segurança do Idoso”	200
Apêndice XIX – Convite para a sessão “ Segurança do Idoso”	203
ANEXOS	
Anexo I – Artigo 1: “Quedas no senescente: equilíbrio e medo de cair”	206
Anexo II - Artigo 2: “Os idosos e as atividades de lazer”	218
Anexo III – Artigo 3: “A atividade física desportiva e a terceira idade. Estudo centrado no concelho de Celorico da Beira”	228
Anexo IV- Artigo 4: “ Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes em programas regulares de atividade física”	241
Anexo V – Folheto “Prevenção, Segurança e Tranquilidade - <i>Helpphone</i> ”	249
Anexo VI – Folheto “Cuidado com as Burlas” – GNR	251
Anexo VII – Edital de divulgação do “Atelier de Saúde”	253
Anexo VIII – <i>Email</i> da Junta de Freguesia de Tramaga a dar parecer positivo para a realização da sessão “Segurança do Idoso”	255
Anexo IX – Fotografias do “Atelier de Saúde”	257

Índice de figuras

VOLUME 1	f
Figura nº 1 - Pirâmide etária	29
Figura nº 2 - Taxa de variação da população portuguesa	29
Figura nº 3 - Principais etapas no processo de planeamento da saúde	41
Figura nº 4 - Mapa do concelho de Ponte de Sor	45
Figura nº 5 - Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor	50

Índice de tabelas

VOLUME 1	f
Tabela nº1 - Evolução de Índices de Envelhecimento, de Dependência dos Idosos e de Longevidade	30
Tabela nº2 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga	52
Tabela nº3 - Seleção de Estratégias	70
 VOLUME 2	
Tabela nº4 - Análise através do método de PICO do artigo 1: Quedas no senescente: equilíbrio e medo de cair	7
Tabela nº5 - Análise pelo método de PICO do artigo 2: Os idosos e as atividades de lazer	9
Tabela nº6 - Análise pelo método de PICO do artigo 3: A atividade física desportiva e a terceira idade. Estudo centrado no concelho de Celorico da Beira	10
Tabela nº7 - Análise pelo método de PICO do artigo 4: Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes em programas regulares de atividade física	12
Tabela nº 8 - Cronograma de Intervenção Comunitária 2013/2014	156

Índice de quadros

f

VOLUME 1

Quadro nº1- Evolução do contexto demográfico e social na última década	31
Quadro nº2 - Problemas diagnosticados e priorizados	62

INTRODUÇÃO

O aumento do número de pessoas idosas exige que os países se adaptem a uma nova realidade e criem condições sociais, estruturais e políticas de modo a proporcionar o bem-estar geral da pessoa idosa. Assim, inúmeros estudos têm vindo a debruçar-se sobre o envelhecimento com objetivo de o compreender e de criar soluções para aumentar ou manter a qualidade de vida em idades mais avançadas.

No processo de envelhecimento as alterações biológicas são aquelas que estão mais diretamente relacionadas com a capacidade de manutenção da independência da pessoa idosa, pois qualquer fragilidade física condiciona a realização das AVD sem prescindir de auxílio.

O avanço da tecnologia e dos conhecimentos a nível da saúde devem ser acompanhados pelos profissionais de saúde que prestam os cuidados às pessoas, não descurando, portanto os profissionais que mais tempo disponibilizam no contato com as pessoas – os Enfermeiros.

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária assenta na necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional na carreira de enfermagem, procurando ir ao encontro das indicações inscritas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e no qual se refere que os cuidados de enfermagem especializados visam contribuir para que os enfermeiros assumam, “...um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente.” (REPE, 1998)

Um outro propósito, previsto ao realizar o Curso de Mestrado prende-se com a vontade de incorporar na prática diária os resultados obtidos e validados através da investigação. A aplicação dos conhecimentos na prática contribui para a prestação de cuidados especializados, melhorando os cuidados à pessoa, à família ou comunidade.

Partindo deste objetivo pode alcançar-se outro, e que se prende com capacidade que o enfermeiro especialista deve ter na motivação da equipa com quem trabalha, promovendo o crescimento dessa equipa, integrando-a em novos projetos e, consequentemente, contribuir para a melhoria e desenvolvimento pessoal e profissional dos pares.

O Estágio Integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, constituiu uma fase de aprendizagem, através da mobilização dos diversos saberes da prática profissional visando o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, que é definido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1998: 3), no ponto 3 do artigo 4º, como “(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído o título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana

para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

A redação deste relatório emerge, na sequência do processo formativo que foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório. Foi realizada uma intervenção junto da população Idosa da Freguesia de Tramaga após a realização do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos residentes nesta Freguesia.

A metodologia utilizada foi o planeamento em saúde, espelhando as atividades que se desenvolveram em contexto prático, os objetivos e as estratégias definidas para a concretização do projeto proposto.

Nesta circunstância, pela natureza dos cuidados que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária presta, para a participação da pessoa/cidadão é necessário que este sinta algum tipo de poder e influência, pois só desta forma será capaz de se aperceber que o seu investimento pessoal se traduzirá numa mais-valia futura. Esta influência terá que ter graus variáveis e poder-se-á exercer a nível individual, ou coletivo tendo na sua base o processo de aprendizagem contínua.

Este relatório do estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Foi realizado o Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, posteriormente planeada uma intervenção que foi implementada, conforme se descreve no decorrer deste relatório.

O objetivo geral deste relatório é:

- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas no estágio.

E como objetivos específicos:

- Descrever e analisar as atividades que se desenvolveram em contexto prático, os objetivos e as estratégias definidas para a sua concretização;
- Analisar as competências adquiridas durante o estágio e a forma como promoveram a construção do perfil de enfermeiro especialista;
- Refletir sobre as várias etapas percorridas e as atividades desenvolvidas e o seu contributo para o crescimento pessoal e profissional.

Neste contexto o presente relatório desenvolver-se-á em quatro capítulos:

O primeiro é dedicado ao referencial teórico, no qual é abordado a importância da temática escolhida, bem como o seu impacto no país e no mundo. É também neste capítulo que surge uma apresentação sobre a temática do planeamento em saúde, da promoção da saúde e consequentemente a teoria da promoção da saúde utilizada como referência às intervenções

desenvolvidas. Por fim é descrito o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

O segundo capítulo prende-se com a caracterização do local de estágio, onde se efetuará uma breve apresentação do mesmo.

No terceiro capítulo é efetuada a descrição das atividades realizadas durante o estágio com base no Planeamento em Saúde. Engloba a avaliação dos objetivos traçados e desenvolvidos, no qual é feita uma descrição pormenorizada acerca das atividades realizadas justificando a sua concretização ou não em relação aos objetivos.

No quarto capítulo constará a discussão e análise dos resultados. Por fim será apresentada a conclusão, na qual reflito sobre o estágio, as experiências vividas, as oportunidades de aprendizagem e as competências adquiridas.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre e com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Os cuidados de saúde estão cada vez mais exigentes para os profissionais. Cada vez existem mais pressões externas para o nosso trabalho, nomeadamente os indicadores de qualidade e a redução de tempos de espera, entre outros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006: 1):

“A enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação.

São sobretudo a Investigação Clínica, Aplicada e a Investigação/Ação aquelas que melhor contribuem para dar uma consistência científica, pela garantia oferecida relativamente à incorporação dos resultados na prática clínica quotidiana dos enfermeiros.”

A prática baseada na evidência constitui-se como a utilização consciente, explícita e criteriosa da melhor evidência disponível para tomar decisões sobre o cuidado a prestar a cada doente (Sackett, 2000). A enfermagem baseada na evidência é assim um instrumento para a tomada de decisões sobre os cuidados a prestar, baseado na localização e na integração dos melhores resultados científicos procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática da enfermagem (Toro, 2001).

A utilização da evidência leva assim à construção de uma reflexão crítica e construtiva das práticas na enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento dos cuidados mais adaptados em prol da qualidade de vida dos utentes.

Tendo em conta o referido anteriormente, emergiu a necessidade de rever sistematicamente a temática do envelhecimento, sendo este um dos pontos de partida para a realização deste Relatório de Estágio.

Assim sendo, optou-se por efetuar uma revisão sistemática da literatura sobre a temática do idoso, pesquisa de dados estatísticos em documentos oficiais como o PNS, Censos e INE, pesquisa de resultados sobre a temática em estudos realizados no âmbito do envelhecimento.

Para iniciar a pesquisa, foi criado um conjunto de diretrizes para a seleção de conteúdos a analisar, definindo assim os critérios de inclusão, que passaram pela escolha de artigos científicos publicados, cujo texto integral estivesse disponível, com títulos sugestivos e claros sobre o idoso e as necessidades encontradas no diagnóstico de saúde, que revelassem pertinência, que transmitissem alguma relação com a enfermagem, com abordagens complementares, que tivessem sido publicados nos últimos 10 anos e que utilizassem ambos os métodos de

investigação.

Um estudo qualitativo prima por ser um “modo de aquisição sistemática, preocupado com a compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transações consigo mesmos e com os seus contextos” (Polit e Hungler, 1995, p.270). Ainda, e na perspetiva de Fortin (2000, p.22), “o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los”, correspondendo assim ao que se pretendia.

Por outro lado, e segundo Fortin (1999), o método quantitativo pode ser percebido como um processo sistemático de colheita de dados observáveis e questionáveis. É baseado na observação de factos objetivos de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, traçando um perfil geral do fenómeno.

Porque importa saber, saber mais, almejar uma visão mais ampla do fenómeno do envelhecimento na perspetiva de quem investiga, foram consideradas na pesquisa as metodologias qualitativa e quantitativa.

Considerar-se-iam excluídos todos os conteúdos que não obedecessem a estes critérios, nomeadamente artigos não publicados ou teses, publicações parciais, artigos cujo título contemplasse a envelhecimento ou generalidade da temática não associada às necessidades identificadas do diagnóstico realizado, ou que fossem muito antigos.

Em seguida, foram delineadas as estratégias de pesquisa.

1.1 - ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

As estratégias de pesquisa correspondem ao que se faz e como se faz para chegar onde pretende, contemplando todas as definições e redefinições que possam ser necessárias.

Tendo o envelhecimento como linha orientadora, e tendo como base os passos anteriores, a pesquisa decorreu durante o mês de Março de 2014, totalizando o período de 30 dias, para uma procura atempada e suficiente do tema.

Foram utilizadas como fontes de pesquisa *online* o google académico, a Biblioteca de Conhecimento Online (B-on), a ProQuest e alguns repositórios nacionais e internacionais de referência, como o Repositório Aberto da Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e SciELO, procurando sempre artigos credíveis e devidamente estruturados.

Foram valorizados os artigos com publicações compreendidas entre os anos 2005 e 2014.

A pesquisa privilegiou também o idioma português, de artigos publicados em Portugal e no Brasil.

As palavras-chave escolhidas foram “depressão no idoso”, “envelhecimento ativo”, “quedas do idoso” “idoso e solidão”, e para refinar a pesquisa, foram escolhidos quatro artigos por cada um dos quatro temas pesquisados, a fim de obter 16 artigos para ler os seus resumos e, assim, optar pelos quatro artigos que tivessem a pertinência procurada e cujos resultados tivessem aspetos que fossem ao encontro da temática deste trabalho.

1.2 – RESULTADOS OBTIDOS

Recorrendo às fontes de pesquisa supracitadas, os resultados obtidos foram os mais diversos, existindo, de uma maneira geral, um grande número de artigos e estudos relacionados com a temática. Para refinar a pesquisa, foram-se introduzindo os critérios de seleção referidos.

Com um número significativo de resultados, e respeitando os aspetos definidos para os artigos que se pretendiam, a triagem efetuou-se pela leitura dos títulos que fossem mais sugestivos de abordagens à forma como os idosos viviam o envelhecimento, quanto à solidão, depressão e as limitações associadas a esse processo, confirmando sempre se os artigos se encontravam completos em termos de texto e referências.

Foram escolhidos 16 artigos para leitura do seu resumo e, por fim, foram selecionados 4 para analisar, podendo ser encontrados em anexo a este trabalho.

Selecionados os artigos procedeu-se à sua leitura, na íntegra, surgindo a necessidade de sintetizar a informação que estava a ser obtida.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer um inventário e um exame crítico de um conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos analisados, os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos. A síntese e o resumo destes documentos fornecem ao investigador a matéria essencial à conceptualização da investigação (Fortin, 2000).

Assim, no presente trabalho procedemos a uma revisão da literatura de quatro artigos científicos através do método de PICO, cujas iniciais significam, respetivamente, Problema, Intervenção, ‘Compare’ ou método utilizado, e, ‘Outcomes’ ou resultados.

O método de PICO tem como principal objetivo maximizar as informações recolhidas nas bases de dados, focar o âmbito da pesquisa e facilitar o acesso às principais informações do artigo, e apresenta-se sob a forma de uma tabela, em que a cada inicial corresponde uma coluna. Para que toda a informação necessária à referência do artigo seja reunida, é acrescentada uma primeira coluna, com os dados bibliográficos do mesmo.

Como foram selecionados quatro artigos estes foram numerados aleatoriamente de 1 a 4. (Anexo I,II,III e IV).

Posteriormente, os artigos foram analisados de acordo com o método PICO. (apêndice I)

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1- PERSPETIVA GLOBAL DO ENVELHECIMENTO

Todo o ser humano envelhece gradualmente, iniciando-se mesmo antes do nascimento e terminando com a morte, assim, o envelhecimento deve ser considerado como um processo universal, caracterizado pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (DGS, 2004). Nesse sentido deve ser reconhecido e aceite como uma fase inevitável e integrante do ciclo da vida que deve ser estudada e valorizada, tal como defende a DGS (2004: 3).

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada.”

Várias são as definições de envelhecimento não se verificando consenso pela subjetividade do tema já que o envelhecimento é assinalado pela individualidade. Desta forma, antes de falar de envelhecimento torna-se crucial definir o idoso. Cabete (2005) define idoso ou pessoa idosa como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos de idade, e muito idoso ou grande idoso com idade superior a 70 anos. Contudo vários são os autores que referem que o fator cronológico não é o único fator a influenciar o processo de envelhecimento. Para Castilho (2010), situações de doença, problemas familiares, reforma, emoções ou vivências são alguns dos fatores que podem influenciar este processo. A aceitação ou não destes fatores pode ser condicionante para vivenciar de forma saudável esta fase da vida. Para Cordeiro (2004), o envelhecimento orgânico das células, tecidos e órgãos leva a uma diminuição do seu funcionamento e consequente diminuição da sua capacidade de sobrevivência, no entanto o envelhecimento não resulta só destas alterações mas também da transformação do papel do idoso na sociedade (em geral) e na família (em particular) e ainda da representação mental que o indivíduo faz de si próprio e do meio que o envolve.

Algumas definições de idoso focam-se sempre no aspeto cronológico, contabilizando o tempo em anos. Mas designar um indivíduo como idoso só baseado em critérios cronológicos pode ser questionável, pelo que se deve definir e alargar o conceito de idade a vários sentidos.

Segundo Level Gautnat (1985) citado por Pimentel (2001): idade cronológica refere-se ao tempo que decorre entre o nascimento e o tempo presente. Esta idade não é suficiente para definir o indivíduo pois só nos indica o período em que ele viveu. Idade física e biológica referencia os níveis de maturidade física e o estado de saúde. Valoriza o ritmo a que cada indivíduo envelhece. Sabendo que os diferentes órgãos e funções vitais não envelhecem todos ao mesmo ritmo, devem valorizar-se as diferenças intra-individuais, assim como as inter-individuais. Idade psicológica (psico-afetiva) retrata as emoções e a personalidade de um indivíduo e está interligada com o desenvolvimento cognitivo - emotivo, com a capacidade de adaptação, de aprendizagem e de motivação, assim como com outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima. A idade social (sociocultural) foca-se no conjunto de papéis que a sociedade atribui ao indivíduo, o seu *status*, o seu papel e as funções a desempenhar. Esta idade é avaliada baseando-se em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc. Fonseca (2004) referenciando Fernández Ballesteros (2000) apresentou o conceito de idade funcional – sendo esta o conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que facilitam entender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório. Aqui a idade da reforma é sinónimo de indivíduos com capacidade para trabalhar.

Em Portugal e segundo o INE (2002), são considerados idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, coincidindo esta com a idade da reforma no nosso país.

2.1.1 - O Processo de Envelhecimento

Desde o nascimento que o nosso corpo passa por diversas fases de desenvolvimento. Na infância e na adolescência estas alterações são facilmente observáveis e bem aceites pelo indivíduo. Contudo na velhice estas alterações são consideradas negativas e difíceis de aceitar não só pelo próprio indivíduo como pela sociedade que o envolve.

A diminuição da capacidade de adaptação do organismo às alterações do meio ambiente representa o símbolo mais visível da senescência (Berger et al., 1995). O envelhecimento primário corresponde ao processo de envelhecimento normal, enquanto o secundário se refere ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas por vezes múltiplas, mas que se mantêm potencialmente reversíveis.

2.1.1.1 - Alterações Físicas

O envelhecimento fisiológico engloba várias alterações nas funções orgânicas e mentais devido aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, originando que o mesmo seja incapaz de manter o equilíbrio homeostático levando a que as funções fisiológicas comecem a declinar

(Cancela, 2007).

Como já foi referido anteriormente, o envelhecimento é um processo natural e não uma doença, pelo que em condições normais um organismo envelhecido pode sobreviver adequadamente. Contudo se for sujeito a situações de *stress* físico, emocional ou outras, pode ter dificuldades em manter a sua homeostasia manifestando sobrecarga funcional, a qual pode causar processos patológicos devido ao compromisso dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (idem).

O organismo envelhece como um todo, todavia os seus órgãos, tecidos, células e estruturas têm diferentes envelhecimentos. Vários estudos têm sido desenvolvidos permitindo tirar algumas conclusões. Para Berger et al. (1995) as mudanças estruturais podem alterar não só o funcionamento do organismo como também a aparência corporal. Estas mudanças ocorrem a vários níveis:

- Células e tecidos - com a idade há perda da massa magra do corpo, aumenta a proporção de gordura, diminui a massa de água no corpo e aumenta o volume plasmático contribuindo para uma perda de elasticidade e consequente aparecimento das rugas.

- Músculos, ossos e articulações - todos os músculos principalmente do tronco e das extremidades atrofiam com a idade levando a uma degeneração do tônus muscular, perda de potência, força e agilidade. Nas articulações os ligamentos calcificam e ossificam, ao mesmo tempo que a própria articulação diminui de tamanho provocando a limitação da funcionalidade. Verifica-se também uma diminuição de altura do idoso devido ao estreitamento das vertebbras dorso-lombares. Os ossos tornam-se mais frágeis pela diminuição de poder de fixação do cálcio surgindo a osteoporose, mais frequente na mulher e que é muitas vezes a causa de fraturas. A diminuição da cavidade torácica provocada pela osteoporose pode levar a uma diminuição da amplitude respiratória.

- Pele e tecido subcutâneo - a pele fica cada vez mais fina e seca com perda de elasticidade e um tom amarelado. A reepitelização é mais lenta e há uma diminuição da sua vascularização devido à diminuição do colagénio e dos fibroblastos. Aparecem frequentemente manchas provocadas pelas alterações nos melanócitos e pela fragilidade capilar.

- Tegumentos - devido a alterações de algumas células os cabelos ficam mais fracos, com menos volume e embranquecem. Há uma diminuição dos pêlos ao longo do corpo exceto na cara onde por vezes aumenta. Nas unhas o crescimento é mais lento, tornam-se mais espessas ficando secas e quebradiças.

- Sendo importantes as alterações estruturais, o bom funcionamento do organismo reveste-se ainda de maior importância. Berger et al. (1995) considera que as alterações funcionais ocorrem ao nível do:

- Sistema cardiovascular - há uma diminuição da capacidade máxima do coração pela perda de eficácia e contratilidade do músculo cardíaco, o fluxo sanguíneo fica mais lento

diminuindo o aporte de sangue às extremidades, os vasos sanguíneos perdem a elasticidade e calcificam, estes fatores associados podem originar a hipertensão arterial. É também importante referir que no idoso após uma situação de esforço ou *stress* o músculo cardíaco carece de mais tempo para recuperar.

- Sistema respiratório - observa-se uma menor elasticidade e permeabilidade dos tecidos alveolares diminuindo a taxa de absorção de oxigénio. Estas alterações associadas às mudanças da estrutura do tórax e da parte muscular diminuem a eficácia da tosse dificultando a eliminação de secreções surgindo muitas vezes complicações como o enfisema ou bronquite.

- Sistema renal e urinário - verifica-se uma diminuição do fluxo plasmático renal e da taxa de filtração glomerular originando uma menor eficácia dos rins. A bexiga perde gradualmente a elasticidade diminuindo a capacidade de retenção da urina. Os esfíncteres da uretra enfraquecem e pode surgir a incontinência, sendo mais frequente nas mulheres que nos homens.

- Sistema gastrointestinal - o desgaste e ou a falta de dentição afetam o processo da mastigação e da digestão; a diminuição das papilas gustativas altera o paladar e associado à diminuição do olfato leva a uma diminuição do apetite; a diminuição da produção de saliva aumenta a secura da boca; o reflexo de deglutição também diminui podendo o idoso fazer uma aspiração de alimentos ou da própria saliva; o estômago fica com maior tendência para o crescimento de bactérias e fungos devido à menor produção das glândulas e à menor capacidade de esvaziamento gástrico; as alterações do fígado diminuem a absorção de gorduras provocando deficiências em vitaminas lipossolúveis; a diminuição do tônus muscular intestinal e da motilidade juntamente com a ausência de lubrificação do intestino pelas glândulas da mucosa intestinal levam a um dos grandes problemas no idoso: a obstipação.

- Sistema nervoso e sensorial - a diminuição do número de neurónios conduz a uma redução das fibras e dos feixes nervosos e a uma diminuição da capacidade de transmissão ou de receção dos influxos nervosos ao cérebro, estas alterações podem provocar perdas de memória, aumento do tempo de reação, despertar mais matinal, alteração de certos comportamentos, movimentos mais lentos, perda de equilíbrio. Muitos idosos sofrem grandes perdas sensoriais. As alterações nos órgãos dos sentidos são um importante fator motivador de quedas com graves inferências no idoso.

- Sistema endócrino e metabólico - existe uma dificuldade em metabolizar a glicose, verifica-se uma ligeira diminuição da atividade da tiróide, as alterações hormonais mais importantes ocorrem a nível do sistema reprodutor do homem e da mulher. No homem ocorre uma diminuição do volume dos testículos com atrofia das células intersticiais e diminuição de testosterona, continuando contudo a ser fértil e sem alterações da libido, aparece também uma atrofia da próstata exacerbando a dificuldade em urinar, a ereção é mais difícil; na mulher ocorre uma diminuição de estrogénios, atrofia dos órgãos genitais e cessação do ciclo menstrual (menopausa) surgindo sintomas como sudorese, calores, depressão, cefaleias, insónias e quistos

nos ovários, a diminuição da lubrificação da vagina e atrofia da mesma originando dor ou perdas hemáticas nas relações sexuais, aumento do tecido adiposo nas coxas e nádegas, substituição do tecido glandular das mamas por gordura aumentando a flacidez destas.

- Sistema imunitário - diminui gradualmente ficando o organismo mais frágil devido à menor produção e linfócitos que ajudam a combater os agentes stressantes.
- Ritmo biológico e do sono - os idosos fazem sonos menos longos e dormem mais sestas, acordam mais vezes com períodos de sono ligeiro.

Como já anteriormente foi referido o processo normal de envelhecimento representa várias alterações fisiológicas e consequentemente o aparecimento de doenças crónicas. Tal facto origina o consumo de vários medicamentos em simultâneo (polimedicção), embora estes sejam eficazes em certos problemas de saúde, também podem ser responsáveis por grande número de interações e reações adversas (Henriques, 2006).

2.1.1.2 - Alterações Psicológicas

Sendo as alterações físicas bem visíveis no idoso, a nível psíquico também o são. A saúde mental é um dos aspetos mais importantes na vida do ser humano, contudo ainda hoje é difícil defini-la de forma concreta, muitas vezes representa unicamente uma boa adaptação à vida e um envelhecimento feliz para o idoso. Tem implicações no conhecimento e na aceitação de si próprio e dos outros, a consciência íntegra do ambiente e da realidade, a capacidade de se manter tranquilo e de se interessar pela vida e a competência para a integração (Berger et al., 1995). Assim, é fácil perceber que o envelhecimento mental não aparenta estar ligado à saúde mental mas sim a uma baixa autoestima.

O autor supra citado refere ainda que são principalmente as perdas de papel, as crises, situações de *stress*, a doença, a fadiga, o desenraizamento, entre outros fatores, que diminuem a capacidade de concentração e reflexão das pessoas idosas.

É fundamental que o indivíduo ao longo da sua vida tenha uma boa saúde física e mental para conseguir aceitar bem a velhice. O idoso deve nesta nova fase continuar a viver ativamente e com qualidade recorrendo a habilidades para manter a sua autoestima e enfrentar novos desafios. O estado de saúde física, a mudança de papel, o estatuto familiar e marital e por fim a personalidade, são alguns dos fatores que influenciam a saúde mental do idoso (idem). Ao sentir-se bem e saudável, a pessoa tem maior facilidade em se manter ocupada, em manter a vida social e assim sentir-se útil contrariamente à pessoa que se sente doente e com baixa autoestima deprimindo esta facilmente. A família e os amigos são na maioria das vezes a principal rede de suporte do idoso. Ao serem separados da família ou dos amigos, sentem-se isolados e sem recursos, ficando inseguros e com dificuldade em se adaptarem.

É também importante aceitar o idoso como ser individual com personalidade e características próprias, logo com formas diferentes de adaptação ao envelhecimento. Silva (2005) considera que o conceito de personalidade inclui uma adaptação constante do indivíduo ao longo do tempo sendo que este indivíduo tem a sua forma de pensar, agir e sentir. O mesmo autor refere também que uma personalidade saudável poderá estar associada a um controlo ativo do seu próprio meio ambiente, a personalidade singular e a uma capacidade para se olhar a si próprio e olhar o mundo sem grandes distorções.

Durante muito tempo a terceira idade despertou e ainda desperta para muitos, sentimentos negativos, como piedade, medo e constrangimento. Este facto leva muitas pessoas a desejarem controlar o envelhecimento tentando encontrar a felicidade. Nesta fase da vida é normal aparecerem algumas limitações físicas que podem ter repercussões no estado psicológico do idoso alterando a sua vida e a dos seus familiares. Muitas situações de tensão e frustração no idoso estão associadas ao facto do indivíduo querer continuar a manter a mesma imagem que tinha e realizar da mesma forma as atividades que praticava enquanto jovem. A decadência do corpo pode trazer infelicidade, podendo originar depressão e em situações extremas levar ao suicídio (idem).

O idoso, juntamente com as ideias e os fantasmas do envelhecer, enfrenta o medo da solidão, do desconhecido e da morte, estando estes pensamentos muitas vezes associados a uma falsa ideia sobre a velhice, herança dos estereótipos, crenças, mitos e preconceitos sociais criados ao longo do tempo (idem). O idoso mostra ansiedade face ao desconhecido, sendo muitas vezes o desconhecido, a própria velhice. Os medos de envelhecer estão muitas vezes associados a disfunções cognitivas. É fundamental perceber que disfunções cognitivas não são doenças mas sim estados fisiológicos do envelhecimento. As funções cognitivas mais atingidas são a memória, o tempo de reação e a percepção. O tempo de resposta para desenvolver atividades aumenta estando este facto relacionado com alterações a nível da memória e dificuldade em organizar os assuntos. As capacidades cognitivas no idoso e a sua subsistência parecem estar diretamente relacionadas com o uso das mesmas, ou seja, uma pessoa ativa intelectualmente mantém as mesmas capacidades ao longo da velhice, exceto se existir alguma patologia do foro neurológico ou demência.

A solidão conjuntamente com a inatividade e a perda de entes queridos está entre as principais causas de depressão na terceira idade, que é hoje a principal doença mental.

O equilíbrio entre as estruturas cognitivas e emocionais do indivíduo promove a adaptação ao envelhecimento, sendo mais fácil esta adaptação nas mulheres que nos homens (Berger et al., 1995).

2.1.1.3 - Alterações Sociais

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. O envelhecimento tornou-se cada vez mais uma questão social sobre a qual a sociedade se debruça prioritariamente. É nesta conjuntura, que o debate atual em torno do envelhecimento se foca, entre outras questões, nas políticas de saúde, no papel da família e no peso que esta evolução demográfica representa para o sistema de segurança social (OMS, 2002).

Na maioria dos países desenvolvidos, o envelhecimento da população foi um processo gradual que acompanhou o crescimento socioeconómico constante durante muitas décadas e gerações. Contudo, nos países em desenvolvimento o envelhecimento foi um processo rápido acompanhado por mudanças desastrosas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração.

Antigamente, os mais velhos eram considerados como fonte de conhecimento, sabedoria e experiência sendo a velhice vista como uma promoção e não como uma decadência (Ariés & Duby, 1991). Esta distinção com que os idosos eram vistos não conseguiu perdurar ao ritmo crescente das inovações tecnológicas e às mudanças de valores que marcam as sociedades atuais. São tantas e tão rápidas as alterações que a atualização se sobrepõe à experiência. O “idoso sábio” a quem se recorria e cuja opinião era respeitada passa agora a ser um problema social, uma carga.

A velhice torna-se um problema social passando a mobilizar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. O aumento de estudos e de investigadores que centram as suas atenções nas pessoas idosas simboliza a preocupação em encontrar soluções. Este problema afeta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, embora alguns dos quais com particular gravidade, colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio. É um fenómeno social que a todos diz respeito (Martins, 2006).

O envelhecimento da população, a dispersão do núcleo familiar, a diminuição do número de filhos e a integração da mulher no mercado de trabalho, aumenta a preocupação com os idosos, pois a família pode deixar de ser o apoio de primeira linha ao idoso. Urge a necessidade de apoio social e de saúde ao idoso, de acordo com Pinto (2001: 162-163) “O apoio social é ainda tímido verificando-se que compete a Instituições Particulares de Solidariedade Social uma grande parte deste (...). À falta de estruturas de apoio integrado (social/saúde) acresce a falta de articulação entre serviços de saúde e serviços sociais.”

Com o envelhecimento da população surgem as políticas de velhice, sendo estas o conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo reside em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade (Fernandes, 1997). A responsabilidade dos encargos com o idoso que anteriormente eram da família ou de particulares passa agora a ser da responsabilidade de instâncias despersonalizadas e burocratizadas.

Reconhecendo que as condições de vida da população têm evoluído, verifica-se que em

Portugal existe uma grande fragilidade da população idosa face às situações de pobreza. Aqui podemos incluir dois tipos de pobreza, por um lado os indivíduos que sempre tiveram baixos rendimentos e assim continuam ao passarem para a situação de reformados, por outro lado os que usufruíam de bons rendimentos e que ao passarem para a situação de reformados sofrem uma quebra de rendimentos não conseguindo manter os padrões de vida anteriores (Cardoso et al., 2008).

A pobreza pode levar à exclusão social, contudo existem outras formas de exclusão social que não envolvem pobreza. Os idosos são muitas vezes socialmente excluídos da sociedade independentemente dos seus rendimentos. A organização da sociedade e os estilos de vida correntes leva a esta forma de exclusão, podendo provocar no idoso estados de privação e carências afetivas, psicológicas e relacionais (Costa et al., 2008). Para o mesmo a sociedade é formada por um conjunto de sistemas sociais, podendo alguns deles ser considerado como básicos ou essenciais. Estar integrado numa família, grupo de amigos ou vizinhos é fundamental para a pessoa se considerar integrada na sociedade.

As perdas de origem afetivas, económicas, de poder, de *status* e diminuição de contactos sociais estão estreitamente ligadas, afetando-se reciprocamente, originando uma velhice alterada, com sentimentos de abandono e solidão e provocando no idoso sensação de inutilidade diminuindo a vontade de viver.

O facto de a esperança de vida estar muito aumentada leva a que muitos idosos ainda terem muitos anos após a reforma sem ocupação e objetivos de vida concretos. Torna-se fundamental e emergente que se criem e desenvolvam ações junto da população idosa tornando-a capaz da sua independência e autonomia, diminuindo custos e promovendo as condições para o idoso viver com “Qualidade de Vida” até ao final da sua vida (Veras, 1994).

2.2 - ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

Os progressos conseguidos pelo desenvolvimento em geral e pelas ciências da saúde em particular contribuíram para um aumento da esperança média de vida de 30 anos, no decurso do século XX. Este aumento progressivo da longevidade, ao qual Portugal não se encontra alheio embora esteja abaixo dos padrões de certos países europeus, causa grande impacto na saúde pública com repercussões sociais e económicas (DGS, 2004) ocupando o 8º lugar no ranking mundial dos países mais envelhecidos (INE, 2012).

Sabe-se que o envelhecimento demográfico é um processo natural da sociedade e que se desenvolve a nível mundial, embora com ritmos diferentes mesmo dentro do mesmo país. Portugal tem algumas características próprias, no início do século XXI mantém-se com uma baixa taxa de fecundidade, com a esperança média de vida a aumentar e o saldo migratório a diminuir, podemos afirmar que em Portugal não só a população está a envelhecer como está cada vez mais velha a própria população idosa. Verifica-se também diferenças entre os sexos,

pois embora as mulheres vivam mais anos, a esperança média de vida sem incapacidade é maior nos homens (Araújo, 2010).

Imagínario (2008), afirma que assistimos a dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e no topo da pirâmide etária, encontrando-se estes intimamente ligados. O primeiro verifica-se quando a percentagem de jovens diminui reduzindo assim a base da pirâmide. O segundo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta originando assim o alargamento na parte superior da pirâmide. Assiste-se assim a uma inversão da pirâmide etária como demonstra a figura nº 1.

Os Censos 2011 indicam que a população residente em Portugal é de 10 562 178 indivíduos, dos quais 5 046 600 são homens e 5 515 578 são mulheres. Na última década verificou-se um enfraquecimento do crescimento demográfico, com 2% de aumento, face aos 5% observados na década de 90.

A região do Alentejo apresenta menos 19 283 pessoas face a 2001, e com saldo positivo, surgem as regiões do Algarve, com mais 14%, as regiões autónomas dos Açores e da Madeira com, respetivamente, 2% e 9% e a região de Lisboa com 6%, como esquematiza a figura nº 2.

Por sua vez, o peso da população idosa mantem a tendência crescente: em 2011 os indivíduos a residir em Portugal com 65 e mais anos eram 2 010 064. A percentagem de idosos aumentou de 16% em 2001 para 19% em 2011. A Região do Alentejo é a que detém a maior percentagem de população idosa com 24%. O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território, sendo que em 2011 o Índice de Envelhecimento da população agravou-se para 128 (102 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens há 128 idosos (Censos, 2011). Indo ao encontro do que foi referido anteriormente, a região do Alentejo é a mais envelhecida com índice de 178. O agravamento do envelhecimento da população tem vindo a ocorrer de forma generalizada em todo o território e deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país.

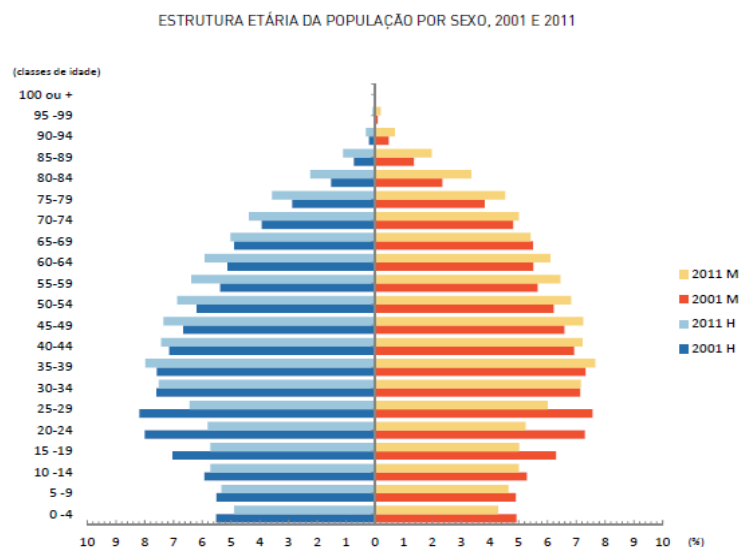


Figura nº 1 - Pirâmide Etária
Fonte: Censos 2011 (INE, 2012)

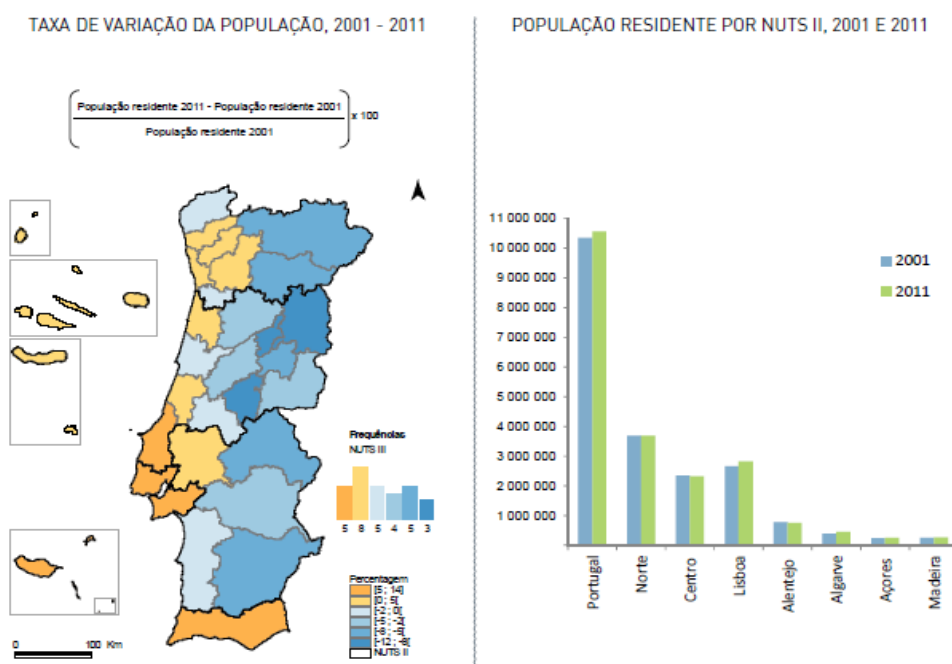


Figura nº 2 – Taxa de variação da população portuguesa.
Fonte: Censos 2011 (INE)

Importa definir que o Índice de Envelhecimento corresponde à relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas dos 0 aos 14 anos) (INE, 2012).

O Índice de Longevidade é uma medida que relaciona a população com 75 ou mais anos

com o total da população idosa. Em 2011 este índice era de 48, contra 41 em 2001. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas. O Alentejo com cerca de 52 é a única NUTSII em que o índice já ultrapassa os 50, o que significa que a maioria da população idosa já tem mais de 75 anos (Censos, 2011).

O Índice de Dependência dos Idosos representa a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, e é definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10^2) pessoas com 15-64 anos) (INE, 2012).

Assiste-se a um aumento do índice de dependência dos idosos que em 1960 era de 12,7% e em 2011 era de 28,8%. A tabela nº 1 traduz o que foi referido anteriormente acerca da evolução dos respetivos índices (INE, 2012).

Para 2020, embora a maioria dos cenários de previsão aponte para o não decréscimo da população, espera-se que a proporção de jovens (0-14 anos) desça para 14% e a de população de 65 e mais anos aumente para 21%, incluindo este valor 6% de indivíduos com 80 ou mais anos (INE, 2012).

Ano	Índice de Envelhecimento	Índice de Dependência dos Idosos	Índice de Longevidade
1960	27,3	12,7	33,6
1970	34,0	15,6	32,8
1981	44,9	18,2	34,2
1991	68,1	20,5	39,3
2001	102,2	24,2	41,4
2011	127,8	28,8	47,9

Tabela nº 1 – Evolução de Índices de Envelhecimento, de Dependência dos Idosos e de Longevidade.
Fonte: INE, 2012

O peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. Verificou-se igualmente um agravamento do índice de dependência de idosos na última década, que passou de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa. Em 2001 o índice de envelhecimento era de 102, agravando-se para 128 em 2011 (PNS 2012-2016).

A mesma fonte citando Kirch (2008) refere que os determinantes da saúde podem ser agrupados em quatro categorias: contexto demográfico e social, ambiente físico, dimensões individuais e acesso a serviços de saúde. O quadro seguinte espelha o contexto demográfico e social em Portugal.

Proporção crescente de idosos e decrescente de jovens;
Aumento do índice de dependência de idosos e de envelhecimento;
Taxa de crescimento natural negativa;
Decréscimo do índice sintético de fecundidade;
Diminuição da taxa de crescimento migratório;
Melhoria generalizada do nível de instrução;
Crescente taxa de desemprego;
Diminuição da taxa de risco de pobreza.

Quadro nº1- Evolução na última década do contexto demográfico e social
Fonte: PNS, 2012-2016 (PORTUGAL, 2012)

Atualmente em Portugal a esperança média de vida é de 75 anos para os homens e de 81 anos para as mulheres, situando-se esta na média europeia.

3 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Segundo o Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro no artigo 9º alínea b) compete à enfermagem realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e adaptação funcional.

A atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolve as dimensões da educação, orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de distinguir, difundir e levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

De acordo com a OE (2010), a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade.

As alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde. É reconhecido o papel determinante dos CSP na capacidade de resposta aos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e ativa. Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, com base no seu conhecimento e experiência, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, com distinta capacidade para responder às necessidades das pessoas, grupos ou comunidade, propiciando ganhos em saúde.

Para a OE (2010), o enfermeiro com a patente formação especializada adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção perspetivando a capacitação e o *empowerment* da comunidade. Intervém assim, em múltiplos contextos, assegurando acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados, e ajustados a grupos sociais com necessidades específicas, desenvolve atividades inerentes à educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação de cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros a 29 de Maio de 2010 e publicado em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011, este enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em

todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 128/2011).

Para a OE (2007), o enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular, detentor de competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência.

Assim sendo, o enfermeiro especialista ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, a todos os níveis, desde ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e interprofissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos, com conhecimento e experiência. Estabelece assim articulações e uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

De acordo com a OE (2010) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, no âmbito das suas competências específicas, determina a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é portanto dirigida aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

Na comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem um papel fundamental pois tem um campo de intervenção mais alargado e abrangente dado que não só o utente é alvo de intervenção mas também a sua família/cuidador e meio envolvente.

Devido ao forte envelhecimento demográfico, o cenário com que nos deparamos atualmente e que se prevê aumentar no futuro, são populações cada vez mais envelhecidas cujo cuidador/família a maioria das vezes não tem disponibilidade de tempo, económica ou geográfica para prestar assistência à pessoa necessitada. Assim, prevê-se que cada vez mais os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária sejam necessários junto dos utentes no seu domicílio.

A promoção de um envelhecimento saudável com melhor qualidade de vida é uma prioridade, dada a crescente ocorrência das doenças crónicas. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve reconhecer quais as necessidades dos idosos e suas famílias de modo a determinar quais as intervenções mais adequadas a todo o grupo. As sessões de educação para a saúde são uma das principais estratégias que o enfermeiro deve utilizar no sentido de sensibilizar para a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da comunidade,

neste caso em particular uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, assim como viver num ambiente seguro, evitando acidentes domésticos e erros de polimedicação.

3.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE - EMPOWERMENT

Os enfermeiros têm um papel principal na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de mediadores dos diferentes interesses da sociedade, intervir concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de prossecução da Saúde (Almeida, 2003 citado por Antunes, 2005). Podem ainda participar nas tomadas de decisão relativas ao planeamento e gestão dos serviços de Saúde a nível local; podem dinamizar a população a adquirirem mais confiança na sua capacidade de tomarem sobre si o encargo do desenvolvimento da própria Saúde e podem exercer uma influência positiva sobre a população porque educam e prestam informações claras, fundamentadas sobre as consequências favoráveis ou desfavoráveis de certos comportamentos e modos de vida (Pinhel, 2006).

Pretende-se que os cuidados de enfermagem facultem às pessoas a aquisição de experiências de Saúde vividas a título individual pela pessoa, família ou grupo e para a promoção da sua Saúde (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, 1996 citado por Ministério da Saúde, 2000).

A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros, na procura permanente da excelência do exercício profissional preconiza que o enfermeiro ajude os cidadãos a alcançarem o máximo potencial de Saúde. Para tal os enfermeiros devem: identificar a situação de Saúde da população e dos recursos do cidadão/família e comunidade; criar e aproveitar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; promover o potencial de Saúde do cidadão através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cidadão (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Foi ainda um marco importante neste processo a realização da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (1986), no Canadá, onde foi elaborada a carta de Ottawa.

Um dos conceitos que emerge dessa carta é o de “*Empowerment*”, implícita ou explicitamente, no interior das premissas e estratégias mencionadas, corporificando a razão de ser da Promoção à Saúde enquanto processo que procura possibilitar que, indivíduos e grupos, aumentem o controlo sobre os determinantes da Saúde, para desta maneira, terem uma melhor Saúde. (Leal, 2006)

Tal como refere Ouschan et al (2000), “o processo de *Empowerment* implica ajudar o doente a desenvolver um sentido de controlo através da educação, encorajando-o a participar ativamente

na saúde individual”. Os mesmos autores consideram que como conceito multidimensional, possui três dimensões de análise:

- Controlo percebido pelo doente sobre a sua doença;
- Participação nos processos de tomada de decisão sobre a sua doença;
- Percepção dos conhecimentos que o doente tem sobre o seu caso específico.

O *empowerment* comunitário é um dos primeiros conceitos a surgir, para além do conceito no contexto da saúde mental. Rappaport (1984) define o *empowerment* comunitário como o processo que permite que pessoas isoladas possam ser compreendidas, de forma que tenham influência direta nas decisões que afetam a sua vida.

Zimmerman (1995) considera que o *empowerment* comunitário possui quatro fundamentos:

1. A presença de um sistema de valores que inspire o crescimento pessoal;
2. Um sistema que proporcione, de forma continuada, o acesso a papéis sociais multifuncionais;
3. Um sistema de suporte baseado nos cidadãos como pares, que os acompanhe e proporcione um forte sentimento de comunidade;
4. Uma liderança inspiradora, talentosa, partilhada e comprometida, tanto com o contexto como com os seus membros.

Um dos aspetos centrais do *empowerment* comunitário e organizacional é utilizar as competências individuais para efetuar mudanças coletivas (Aujoulat et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde (2006) afirma que o *empowerment* pode ser analisado como um conceito dinâmico inter-relacionando os vários níveis porque a partir do momento em que a pessoa sente que obteve controlo individual, devido ao desenvolvimento de capacidades perante determinada situação.

Com a filosofia do *Empowerment* as escolhas mais importantes que afetam a Saúde e o bem-estar da pessoa são feitas pelo próprio cidadão. Este torna-se consciente do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas, mesmo quando enfrenta uma posição, e aumentar o controlo que tem sobre a sua própria Saúde, melhorando-a. Esta perspetiva pressupõe, assim, um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos, nomeadamente, os profissionais de Saúde (Leal, 2006).

Assim, a adoção desta abordagem implica necessariamente uma mudança no papel do profissional de Saúde que, de controlador, deverá passar a alguém que tem por função ajudar, apoiar e/ou criar condições para que o cidadão assuma o controlo sobre a sua vida (Adolfson et al., 2004).

A transmissão do poder para a pessoa exige que os profissionais de Saúde maximizem o conhecimento desta sobre os auto-cuidados, recursos e competências para lidar com a doença

no sentido da autonomia pessoal e auto-eficácia.

Os profissionais passam a ter como propósito da sua intervenção a capacitação dos seus interlocutores para adquirirem poder sobre as suas vidas e o reconhecimento da detenção desse poder, aumentando o número de escolhas disponíveis, assim como a sua capacidade para influenciar os cidadãos e as organizações que afetam as suas vidas (Leal, 2006).

Segundo a mesma fonte o papel do utente é o de um parceiro bem informado e ativo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz, ou seja, passa a ser um solucionador ativo dos seus problemas. O papel do profissional é o de ajudá-lo a tomar decisões informadas para alcançar os seus objetivos e ultrapassar barreiras.

A Ordem dos Enfermeiros (2003) definiu *como* uma das competências básicas dos enfermeiros de cuidados gerais o atuar “*de forma de a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis*”.

Na perspetiva do *Empowerment* é fundamental que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe permitam implementar dinâmicas de intervenção promotoras da Saúde, da autonomia e do *Empowerment* do cidadão (indivíduo, família e comunidade) na, e para, a construção dos seus projetos de Saúde. Assim se compreende que o papel do enfermeiro nesta área esteja a ganhar cada vez mais visibilidade já que esta é uma das áreas de excelência do exercício da profissão. Esta filosofia dá ênfase à interação entre o enfermeiro e o utente.

A parceria enfermeiro cidadão é um processo de negociação em que a autonomia da pessoa é respeitada acima de tudo. É um processo que envolve a participação ativa do cidadão no processo de cuidados de harmonia com o seu estilo de vida, em que o lugar do profissional de Saúde consiste em promover na pessoa doente o processo de reflexão, de autonomia, de tomada de decisão, portanto como veículo para o *Empowerment* (Gomes, 2002).

Pode, pois, ser encarada como um processo de ação conjunta entre vários atores protagonistas individuais e/ou coletivos que se aglutinam à volta de um objetivo partilhado para, em comum, definirem, negociarem estratégias e caminhos que viabilizem o referido objetivo e, avaliarem continuamente os seus resultados (Pinhel, 2006).

De acordo com Gomes (2002) numa relação de parceria está implícito o reconhecimento da competência de cada parceiro isto é, por parte dos enfermeiros deve existir o reconhecimento de que também o cidadão é um perito, pois é quem melhor sabe de si próprio.

É no reconhecimento destes saberes que o planeamento do processo de cuidados pode permitir assegurar, a cada um, determinado poder que leva à equidade nos ganhos na ação conjunta, visando atingir objetivos comuns.

O papel do enfermeiro não pode pois, ser um papel substitutivo. Segundo Phaneuf (1995), a ajuda não requer que se ofereçam ao cidadão as soluções prontas, mas sim orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução nas diferentes fases da resolução de problemas. O objetivo principal é a capacitação do cidadão para ele próprio cuidar da sua

Saúde e não criar uma dependência dos profissionais de Saúde.

Uma das chaves do sentido do conceito de *Empowerment* está na palavra “*capacitar*”, que no original significa fornecer meios e oportunidades, tornar possível, prático, simples, e dar poder legal, autorizar para... (Ribeiro, 1994). Neste sentido, implica devolver ao cidadão o poder de decisão em matéria de Saúde, retirando às instituições, aos dirigentes, aos profissionais e à tecnologia grande parte da sua responsabilidade (Ribeiro, 1994).

3.1.1 - Teoria de Organização Comunitária

Para Glanz (1999) teoria corresponde a um conjunto de definições, proposições e conceitos interrelacionados que exibem uma perspetiva sistémica de acontecimentos ou situações, ao especificarem relações entre variáveis, com o intuito de explicar e predizer os acontecimentos ou situações.

Inerente ao conceito de promoção da saúde existe um conjunto de teorias e modelos que sustentam o mesmo. Em relação às teorias, estas têm como objetivo compreender a natureza dos comportamentos dos indivíduos, grupos ou comunidade, explicando as dinâmicas existentes, através da identificação desses mesmos procedimentos para modificá-los, caracterizando os efeitos das influências externas sobre os mesmos.

Uma teoria de Promoção da Saúde de nível comunitário procura incentivar a criação de modelos com base no estilo de vida saudável e aquisição de comportamentos promotores de saúde (Palank, 1991; Simmons, 1990 citado por Stanhope & Lancaster, 1999).

As teorias a nível comunitário visam mobilizar membros da comunidade e organizações, oferecendo estratégias que se adaptam em escolas, locais de trabalho, grupos comunitários, entre outros (National Institutes of Health, 2005)

Sendo a área da promoção da saúde e da educação para a saúde uma área tão vasta e complexa, constituída por várias disciplinas, importa realçar que esta não é sustentada apenas por uma única teoria, mas sim por várias, dependendo do tipo de atividade que se pretende em que exista mudança, ou seja, a nível individual, interpessoal ou comunitário (Arco, 2012). De acordo com o mesmo autor, existem 3 teorias a nível comunitário, são elas: a teoria de organização comunitária, a teoria da mudança organizacional e a teoria da difusão das inovações.

A teoria de organização comunitária promove a capacitação do grupo comunitário pela mudança de comportamentos através da utilização de estratégias que permitam identificar problemas e mobilizar recursos que permitam atingir objetivos coletivos. Reporta-se ao *empowerment*, processo de capacitação do grupo, que consiste na aquisição de conhecimentos e aptidões com vista a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, pela modificação do ambiente ou comportamentos que sejam responsáveis por estilos de vida não saudáveis (National Institutes of Health, 2005; Pinto, 2010).

Existem diversas estratégias para a organização comunitária, destacando-se a tipologia proposta por Rothman (2001) que reconhece três modelos de atuação: o desenvolvimento local, o planeamento social e a ação social.

O modelo de desenvolvimento local defende a existência de cooperação, consenso e a construção de uma identidade no grupo (Rothman, 2001). Solicita a participação de diversos elementos da comunidade e efetua-se uma tentativa de reconhecimento e resolução dos problemas levantados. Realça a participação comunitária como forma de promoção da autonomia, o enfermeiro é um elemento facilitador do processo de capacitação (Pinto, 2010).

No modelo de planeamento social são usadas capacidades técnicas para nortear processos de modificações complicadas, implicando a participação do profissional como orientador dos processos de mudança. Possui como foco primordial a criação e implementação de planos e políticas sociais (Rothman, 2001).

O modelo de ação social é usado para elevar a capacidade da comunidade, relativamente à resolução de problemas e à obtenção de alterações concretas no que respeita à retificação de injustiças sociais precedentemente reconhecidas. Existe um esforço em partilhar os recursos, o poder ou a tomada de decisões com o indivíduo ou comunidade, e modificar determinadas políticas básicas existentes (Rothman, 2001).

De acordo com Rothman (2001) citado por Pinto (2010:40) esta tipologia “ênfatisa que a mobilização comunitária pode tender para um ou, até mesmo, para os três modelos propostos”.

A intervenção comunitária foi desenvolvida com base no planeamento em saúde, mas no âmbito da promoção da saúde todas as atividades foram baseadas na Teoria de Organização Comunitária, uma vez que no decurso das atividades desenvolvidas, o principal objetivo passou pela capacitação dos idosos, incentivando ao *empowerment*.

Enquanto profissionais de saúde, o propósito da intervenção comunitária passou pela transmissão de conhecimentos e sensibilização aos idosos, para que estes possam participar de maneira informada e consciente na tomada de decisão relativamente à sua saúde.

O objetivo final será a sensibilização positiva para a mudança de comportamentos. Traduzindo ganhos em saúde, ainda que a longo prazo.

3.2 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

O envelhecimento demográfico é uma realidade nos dias de hoje, exigindo assim uma “reformulação” na estrutura social e familiar da sociedade Portuguesa.

Este envelhecimento tem determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade Portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações

de fragilidade e de incapacidade, muitas vezes, relacionados com a saúde.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países, dos governos, das famílias e da sociedade em geral. Atualmente, a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais visível, apesar de nas organizações de saúde ainda sobressair a aleatoriedade em vez de intervenções planeadas e potenciadoras de verdadeiros ganhos em saúde. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, consequentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

Perante este panorama podemos dizer que a “chave” para encontrar a resposta adequada a determinada situação passa por planear.

O Planeamento em Saúde foi utilizado inicialmente nos setores económicos, progressivamente foi aplicado às ciências sociais e em 1977 foi aplicado à área da saúde. Durante a 3ª Assembleia Mundial o diretor geral da OMS declarou “ este instrumento, que denominamos planeamento em saúde, oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de traduzirem numa ação correta do desenvolvimento no domínio da saúde (...)”. (Imperatori & Giraldes, 1993: 23).

Alguns anos mais tarde em 1993, Imperatori & Giraldes definem planeamento em saúde como “uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real”, e afirmam que tal engloba três premissas: “a da racionalidade das decisões; (...) a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado; (...) a de referir-se ao futuro”.

Para Tavares (1990: 29) planear em saúde é

“um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) ótima (s) entre várias alternativas: essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.”

O mesmo autor afirma que

“através de um planeamento de saúde bem concebido e eficaz poder-se-á, no entanto, conseguir uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos, derivada de uma necessidade de redução de recursos, para com eles beneficiar regiões menos favorecidas”. (Tavares, 1990: 16).

O planeamento em saúde deve ser efetuado tendo sempre em conta os fatores que condicionam o mesmo; biológicos endógenos, o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados (Imperatori & Giraldes 1993).

Assim sendo, e nesta linha de pensamento urge várias questões “Porque razão se planeiam intervenções em saúde? Será possível pensar na ideia de planear em saúde? Fará sentido um planeamento em saúde?

São múltiplas as respostas às questões colocadas e, a título meramente ilustrativo, definem-se as razões mais importantes, nomeadamente a escassez de recursos, a forma de utilizá-los eficaz e eficientemente uma vez que cada vez são mais escassos, a intervenção na causa dos problemas, a definição de prioridades, evitando intervenções isoladas, a utilização de infraestruturas de elevado valor com vista a apoiar diversos equipamentos, sendo que estes podem ter utilizações várias, que só mediante um plano *a priori* definido, permitirá o seu uso pela competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de plano; ou os progressos relativos à saúde que dizem respeito à estrutura da população, pressões e aspirações sociais; e, por fim, os avanços tecnológicos que exigem uma adaptação contínua dos seus profissionais.

Contudo, apesar de ter um “ar” relativamente positivo e eficaz, o planeamento das intervenções em saúde em Portugal apresenta ainda muitas limitações, designadamente, a falta de envolvimento político, a dissociação entre planeamento e gestão e a dificuldade em concretizar, concomitantemente, com o que se faz noutros setores da saúde.

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação, tal como se pode ver na figura seguinte (Figura nº 3).

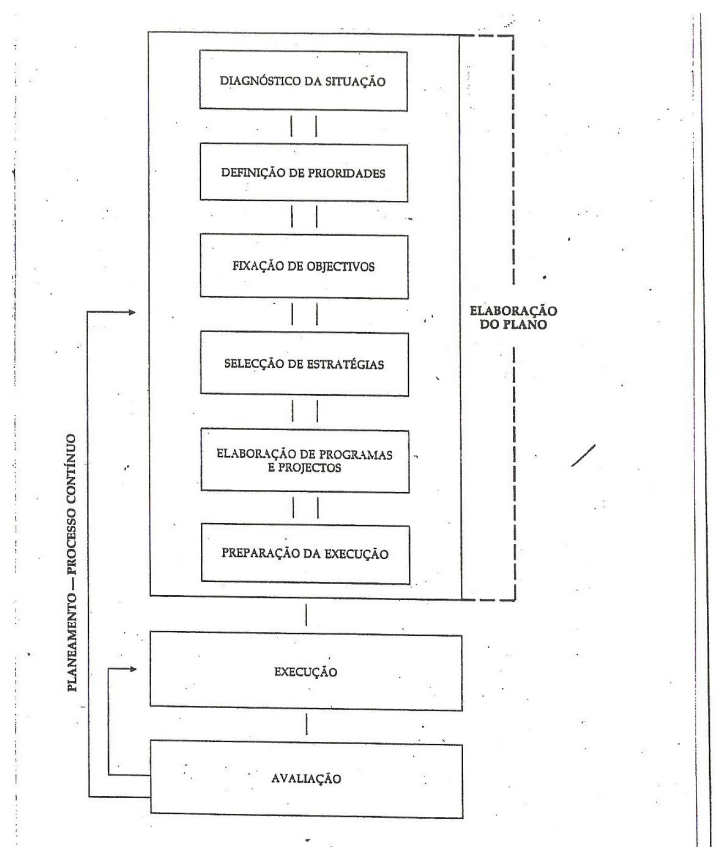


Figura nº 3 - Principais etapas no processo de planeamento da saúde

Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993

O Planeamento em Saúde não deve ser entendido como imutável, mas sim como um processo contínuo e dinâmico. Pode ocorrer mudanças em qualquer fase do processo uma vez que “não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída (...) será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-lo” (Imperatori & Giraldes, 1993: 28).

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde. Esta etapa funciona como a “justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

É de referir que “a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades” (Imperatori & Giraldes, 1993: 44).

Como já foi referido anteriormente o processo de Planeamento em Saúde é dinâmico, no entanto a primeira etapa será sempre o diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado,

rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

A qualidade e a cientificidade do diagnóstico irão determinar a próxima etapa, porque, tal como nos dizem Imperatori & Giraldes (1993: 44), “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades”.

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde. No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para selecionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes 1993).

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como

prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperator & Giralde, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperator & Giralde, 1993).

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperator & Giralde, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperator & Giralde 199: 30).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos.

Na fase de preparação da execução, talvez a mais relevante, especifica-se a responsabilidade da mesma, apresentando os calendários e os cronogramas que compõem o projeto. Imperator & Giralde (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”.

A avaliação é a última fase do planeamento. Esta, pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o impacto ou o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperator & Giralde (1993: 30) dizem-nos que “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

4 - CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

4.1 - LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E ACESSIBILIDADE

A cidade de Ponte de Sor é, atualmente, sede de um dos concelhos do distrito de Portalegre. Situa-se na margem direita do rio Sor e encontra-se implantada num importante nó estratégico, no cruzamento rodoviário entre Lisboa, Beiras e Alentejo.

O município é limitado a nordeste pelos municípios de Gavião e Crato, a leste por Alter do Chão, a sueste por Avis, a sul por Mora, a sudoeste por Coruche e a noroeste por Chamusca e Abrantes.

Ponte de Sor dista de Lisboa cerca de 162 km, sendo a principal via de acesso a Estrada Nacional 119, a Nacional 251 e a Nacional 2.

Ponte de Sor dista de Portalegre (capital de distrito) 62,1 km, sendo o Itinerário Complementar 13 a principal via de acesso e concomitantemente o acesso mais rápido.

A Freguesia de Tramaga dista de Ponte de Sor aproximadamente 3Km. Este percurso é percorrido em 5 minutos, de automóvel.

4.2 - FREGUESIAS DO CONCELHO DE PONTE DE SOR

O concelho de Ponte de Sor possui a área total de 839.230 km² e uma população de cerca de 16.722 habitantes, sendo constituído por 7 freguesias: Foros de Arrão, Galveias, Longomel, Montargil, Ponte de Sor, Vale de Açor e Tramaga (figura nº4).

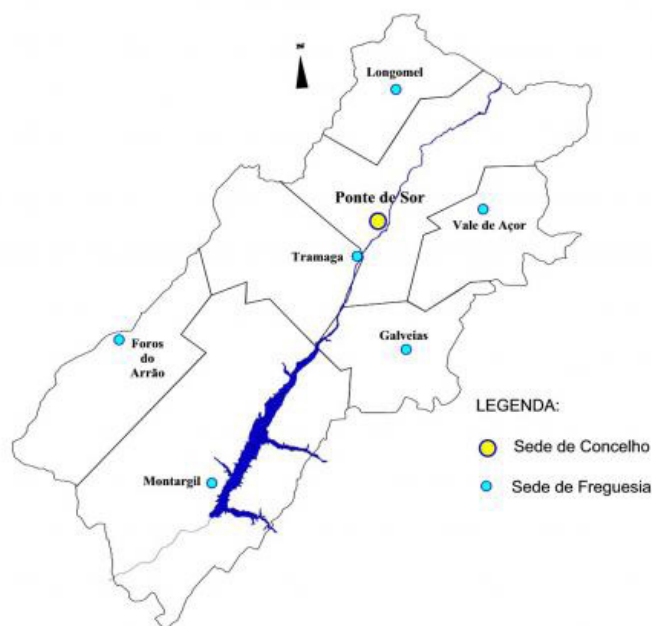


Figura nº 4- Mapa do concelho de Ponte de Sor.
Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

4.2.1 - Freguesia de Tramaga

A freguesia de Tramaga foi fundada por Decreto-Lei, datado de 11 de Junho de 1993, posteriormente passou a fazer parte do grupo da União das Freguesias de Tramaga, Vale de Açor e Ponte de Sor a 29 de Setembro de 2013.

Derivou da freguesia de Ponte de Sor e apresenta os seguintes contornos geográficos: a norte, confronta com o limite sul do concelho de Abrantes, ao longo da Estrada Nacional 367 até ao cruzamento com a Estrada Nacional 2; a nascente, orienta-se em direção ao ribeiro do Zambujinho, que percorre até à foz na ribeira de Sor; a sul, estende-se a partir da foz da ribeira de Vale de Boi até ao limite das freguesias de Galveias e Montargil, com esta última confrontando-se ainda a poente com Foros de Arrão.

Tramaga dista da sede de concelho cerca de 3 km. Próxima da ribeira do Sor e do ribeiro do Padrão ou das Ónias, foi conhecida durante muito tempo como aldeia da “Água de Todo o Ano”. A história desta povoação está intimamente ligada à história da freguesia de Ponte Sor.

No ano de 1864, segundo os registos históricos, já existia esta povoação, com o nome de Água de Todo o Ano, tendo 11 fogos e 40 pessoas. Na altura esta pequena aldeia era atravessada pela antiga e movimentada estrada de Montargil.

A freguesia de Tramaga a nível de património local apresenta um curioso conjunto de três moinhos hidráulicos de rodízio, localizados nas margens do rio Sor, entre Sobreira e

Tramaga. Pensa-se que tenham sido construídos no século XIII, pois são construções bastante antigas, feitos em pedra e argamassa com coberturas abobadadas. Estes exemplares, recordam o trabalho de dezenas de gerações de moleiros que, outrora, faziam a farinha para os seus fregueses. Merece ainda menção a Igreja Matriz e a Capela do Monte Velho (Capela do Senhor da Fonte Santa).

Atualmente a freguesia de Tramaga conta com 1542 habitantes, sendo que 350 têm 65 e mais anos, o que corresponde a 22,70% do total da população.

4.3 - CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL DO CONCELHO DE PONTE DE SOR

A autarquia de Ponte de Sor revela preocupação relativamente às condições de vida dos seus munícipes, em particular, da população idosa e com escassos recursos financeiros.

Considera que o período de velhice deve ser encarado de forma positiva e que se deve constituir como uma oportunidade para desenvolver não só novas atividades, mas também recuperar antigos interesses que durante a vida adulta não lhes foi permitido desenvolver. Neste sentido, desde 16 de Abril de 2007, foi fundada a Universidade Sénior, estando esta aglomerada à Associação Caminhar de Ponte de Sor.

A Associação Caminhar – Associação Cristã de Apoio Social nasceu da vontade de intervir na comunidade pontessorense, indo ao encontro das necessidades diagnosticadas, quer nas vivências do quotidiano, quer na avaliação da rede social, da qual faz parte integrante.

A missão desta Associação passa por desenvolver um apoio social e educativo que promova a transformação e capacitação de pessoas, especialmente aquelas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

A Associação Caminhar desenvolve inúmeras atividades com idosos, atualmente podemos contar com *workshops* variados, Universidade Sénior, ‘Ateliês à medida’ para adultos de todas as idades (onde são abordadas áreas como informática, inglês, alemão) e salas de informática abertas ao público em geral às quartas e sextas-feiras.

Um projeto que merece especial destaque é o “Solidão Acompanhada”. O principal objetivo deste projeto passa por minimizar a solidão em que muitos dos seniores e pessoas com doenças incapacitantes vivem. A Caminhar está a desenvolver o projeto “Solidão Acompanhada”, que dispõe de um grupo de visitantes domiciliários, que voluntariamente fazem visitas regulares a pessoas que estejam numa destas situações.

No âmbito do projecto, que visa sobretudo fazer companhia, conversar e escutar, podem ainda pontualmente ser realizadas pequenas tarefas domésticas, acompanhar num passeio à rua, substituir o cuidador por 1 a 2 horas, etc.

Esta é sem dúvida uma Associação que com o decorrer dos anos, se afirmou em Ponte de Sor, e tem atualmente um impacto bastante positivo a nível da comunidade local, nomeadamente

ao nível da regeneração das famílias, da formação pessoal e social de crianças e jovens, do envelhecimento ativo e feliz dos seniores, do encontro das gerações, da transformação e capacitação das pessoas.

Apesar de todas estas atividades desenvolvidas pela Associação Caminhar, é reconhecido que existem barreiras que não permitem que esta etapa da vida seja vivida em pleno, nomeadamente limitações económicas e o isolamento social.

Para ajudar a ultrapassar estas dificuldades, o município de Ponte de Sor promove junto dos cidadãos com 65 e mais anos de idade algumas iniciativas, tais como: Almoço de Idosos do Concelho; Projeto ‘Porta a Porta’, Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários, Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade, Existência de várias Instituições de Apoio Social a nível do Concelho e Transporte de Idosos a Consultas Médicas.

O Almoço de Idosos do concelho é uma atividade já antiga. Trata-se de uma iniciativa que já tem data marcada no calendário durante o mês de maio.

O Serviço ‘Porta a Porta’ visa prestar apoio aos idosos do concelho de Ponte de Sor com idade superior a 65 anos. O município reconhece que, para além dos problemas de saúde, a população idosa defronta-se com dificuldades operacionais ou de simples logística na sua vida diária, que começam dentro da própria habitação: uma torneira que pinga, uma lâmpada fundida, uma porta que funciona mal, e tantas outras situações análogas, que podem constituir um obstáculo ao desenvolvimento normal da sua vida.

O Serviço ‘Porta a Porta’, que o Município criou em colaboração estreita com as Juntas de Freguesias, a Instituição Caminhar e o apoio financeiro do Governo, através do Programa ‘Progride’-Medida 1, destinam-se a pessoas idosas e/ou deficientes de todas as freguesias do Concelho de Ponte de Sor. As pequenas reparações tão comuns nas casas, são por vezes uma tarefa que muitos não conseguem ou não podem executar. O idoso dever-se-á inscrever na sua Junta de Freguesia e poderá usufruir de serviços tão diversos como a substituição de lâmpadas, a reparação de portas e janelas, a limpeza e montagem de esquentadores, entre outros pequenos arranjos, em que o utente pagará somente os custos dos materiais.

O Jornal Digital da Rede de Centros Comunitários do Concelho de Ponte de Sor, é uma iniciativa de comunicação, com uma periodicidade trimestral e visa fazer a divulgação de atividades mais direcionadas para a terceira idade, sobretudo com tudo aquilo que se passa na rede de Centros Comunitários. Nas edições deste jornal são abordadas temáticas como a importância da atividade física, atividades desenvolvidas pela Universidade Sénior e são divulgadas fotografias de eventos ocorridos durante o trimestre, entre outras.

O Município de Ponte de Sor é uma das instituições aderentes ao Projeto cIDADES, projeto criado em torno do conceito ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’, concebido pela OMS que visa identificar os aspetos positivos e os obstáculos referentes a oito áreas estratégicas: prédios

públicos e espaços abertos, transporte, habitação, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde. Em Portugal, o Projeto cIDADES, é promovido pela Associação VIDA, é co-financiado pela Direção Geral da Saúde e pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Projeto, que teve início em junho de 2010 envolve mais de 100 instituições, nomeadamente 84 Câmaras Municipais, 14 Instituições do Ensino Superior e dezenas de outras organizações que trabalham diretamente com a população idosa. O projeto ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’ pretende identificar práticas e serviços em Portugal facilitadores do dia-a-dia das pessoas com mais de 55 anos, permitindo aos municípios a possibilidade de aferirem os níveis de satisfação da sua população sénior, relativamente às áreas estratégicas e integrar a Rede Mundial das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.

O Município de Ponte de Sor integra o Programa Intermunicipal de Promoção da Acessibilidade ([PIMPA]), um programa que consiste na elaboração de medidas de planeamento estratégico e físico dos municípios, incorporando áreas centrais do território com maior densidade residencial e sociabilidades, onde se encontram os principais equipamentos públicos, rede de transportes, modos de comunicação, emprego e conhecimento.

O PIMPA deteta problemas, propõe soluções, constitui ao mesmo tempo um plano e um processo. Este programa intervém em diferentes áreas setoriais: Espaço Público, Edificado, Transportes, Comunicação, Infoacessibilidade e Novas Tecnologias facilitadoras do uso da cidade, mobilidade e equipamentos aos cidadãos portadores de deficiência. Numa primeira fase será dada especial atenção à análise das barreiras urbanísticas e arquitetónicas, sendo posteriormente definidas medidas corretivas, propondo percursos totalmente acessíveis.

Relativamente à área da saúde, os idosos podem recorrer ao Centro de Saúde Ponte de Sor, que possui Serviço de Urgência Básica (SUB) e ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), disponível 24 horas por dia. Todas as freguesias do concelho possuem extensão do Centro de Saúde. O Hospital de referência é o Hospital Dr. José Maria Grande localizado em Portalegre a cerca de 60 km.

São inúmeras as instituições de apoio social disponíveis no Concelho de Ponte de Sor. Atualmente estão ao dispor da população nove centros comunitários com as valências de centro de dia e apoio domiciliário, localizados em Ponte de Sor, Tramaga, Foros de Arrão, Ervideira, Galveias, Vale de Açor, Montargil, Longomel e Vale do Arco.

Relativamente a lares de idosos, podemos contar com várias Instituições em todo o concelho de Ponte de Sor.

A Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor já exerce funções de apoio social desde 1978. Atualmente, tem ao serviço da comunidade local as valências: Lar Nossa Senhora do Amparo - da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor; Lar Residencial da Ponte; Unidade de Cuidados Continuados, Apoio Domiciliário e Cantina Social.

Na cidade de Ponte de Sor podemos ainda contar com o Lar a Magnólia, de carácter privado e o Lar “Casa dos Avós” recentemente inaugurado, cuja capacidade é 72 utentes em regime lar, 50 em centro de dia e 125 em apoio domiciliário, que inclui refeições, limpeza e lavagem de roupa.

Na Freguesia de Galveias podemos contar com lar de idosos e centro de acamados.

Na Freguesia de Foros de Arrão está também localizado um lar de idosos.

Na Freguesia de Montargil localiza-se a Santa Casa da Misericórdia fundada em 1575, sendo uma Instituição particular de solidariedade social, com a valência de lar de idosos.

O Serviço de Ação Social do Município trabalha em articulação com outras entidades da Cidade, nomeadamente: GNR, Segurança Social e Centro de Saúde.

A GNR - Destacamento Territorial de Ponte de Sor tem um papel bastante ativo e especializado na proteção dos idosos do concelho.

São quatro as linhas de atuação da GNR enquanto policiamento de proximidade e segurança comunitária, nomeadamente:

- promoção duma política integrada de prevenção e contenção da criminalidade;
- fortalecimento de parcerias locais com organismos governamentais, autarquias locais e da sociedade civil, nomeadamente, organizações não governamentais, iniciativa privada, fundações, empresas, e outros, tendo em vista uma abordagem mais eficaz à especificidade de cada comunidade;
- coordenar a atuação conjunta e eficaz de todos os organismos/instituições do Ministério Administração Interna destinados à implementação dos vários programas parcelares;
- fomentar a responsabilidade e a participação dos cidadãos.

O modelo de Policiamento de Proximidade assenta numa filosofia e estratégia organizacional que permita à GNR trabalhar em conjunto com a comunidade, no intuito de através deste mútuo apoio se dar uma satisfação à resolução dos problemas da sociedade. Existem duas estratégias principais: desenvolver e implementar novas formas de organização policial e novas técnicas de proximidade e visibilidade no relacionamento diário entre o guarda e o cidadão, e, estabelecer programas específicos focados em problemas concretos e naqueles em que os grupos sociais são mais vulneráveis.

A aliança existente entre as autarquias, os serviços sociais, a GNR e a comunidade em geral, é reconhecida como um mecanismo para combater as causas geradoras de comportamentos desviantes de natureza criminal, constituindo um exemplo do trabalho em equipa, o que vem permitir a obtenção de elevados ganhos de eficiência para todos os intervenientes, principalmente para aqueles que são flagelados por sentimentos de insegurança.

O Destacamento Territorial de Ponte de Sor em termos de seção de programas especiais obedece ao organograma seguinte (figura nº 5).

A seção de programas especiais engloba o núcleo escola segura, núcleo idosos em segurança

e o núcleo comércio seguro.

Um dos programas especiais desenvolvido pela GNR é o Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança (NIS).



Figura nº 5: Organização do Destacamento Territorial de Ponte de Sor.

Fonte: PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança.

O Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança, é uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa:

- garantir as condições de segurança e a tranquilidade das pessoas idosas (apoio à camada da população mais desfavorecidas/vulneráveis, como é o caso dos idosos, principalmente os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais mais ativos, assumindo especial relevância; enquadrável no apoio social que à Guarda é cometida, dentro desta nova filosofia do servir socialmente);
- promover o conhecimento do trabalho da GNR junto desta população;
- ajudar a prevenir e a evitar situações de risco (no intuito de aumentar o grau de confiança e conhecimento, direccionou-se o patrulhamento, conseguindo-se assim um conhecimento mútuo muito melhor e mais aprofundado).

No levantamento exaustivo dos idosos a viverem isoladamente, foram referenciadas pequenas comunidades e elaboradas listas de instituições públicas e privadas diretamente

ligadas ao apoio que a estes deve ser conferido, através de:

- reforço de policiamento dos locais públicos mais frequentados por idosos;
- criação de uma rede de contactos diretos e imediatos entre os idosos a GNR, em caso de necessidade;
- colaboração com outras entidades que prestam apoio à terceira idade.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor a preocupação com estas temáticas é bastante evidente. Segundo o Comandante do Destacamento Territorial de Ponte de Sor, são efetuados anualmente os Censos Sénior, cujo principal objetivo é identificar os idosos que vivem sós e em situação de maior vulnerabilidade.

Estes dados não são estanques uma vez que são continuamente atualizados.

No decorrer de 2013 foram identificadas 450 situações de idosos que vivem sós (sem apoio de familiares) ao nível do concelho de Ponte de Sor.

Especificamente na Freguesia de Tramaga, no decorrer deste ano foram identificados 27 idosos que vivem sós e em situações de vulnerabilidade.

Em situações de risco de vida eminente do Idoso, estas situações são devidamente sinalizadas para as Instituições de Apoio Social do concelho/distrito.

No Destacamento Territorial de Ponte de Sor, dois militares desempenham funções específicas na área dos programas especiais, no entanto as patrulhas de vigilância dos idosos são efetuadas por todos os militares de acordo com a disponibilidade dos mesmos, ou seja, não está calendarizado mensalmente os dias do patrulhamento, mas a mesma é efetuada assiduamente.

São efetuadas anualmente várias ações de sensibilização, nas quais o público-alvo são os idosos. As principais temáticas abordadas são as burlas, prevenção da criminalidade e prevenção de incêndios florestais. Aquando a realização destas ações de sensibilização, são entregues folhetos informativos aos idosos, com informações úteis sobre estas temáticas, assim como cartões com o contacto telefónico da GNR.

Esta é uma área de intervenção comunitária muito relevante para os militares da GNR, estando continuamente a ser monitorizada e melhorada.

4.4 - CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DA FREGUESIA DE TRAMAGA

Atualmente, na Freguesia de Tramaga residem 1542 pessoas. Segundo dados fornecidos pela Câmara Municipal de Ponte de Sor, de acordo com dados dos Censos de 2011, esta é uma das freguesias com a percentagem mais baixa de pessoas com 65 e mais anos (22,7%), portanto uma das freguesias mais jovem a nível do concelho de Ponte de Sor.

A tabela nº 2, mostra-nos a distribuição de pessoas por faixa etária.

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
0-14 anos	199	12,9%
15-24anos	168	10,9%
25-64 anos	825	53,5%
65 ou mais anos	350	22,7%
No total de pessoas	1542	100%

Tabela nº2 - Distribuição de pessoas por faixa etária na Freguesia de Tramaga.

Fonte: Câmara Municipal de Ponte de Sor, 2013.

A aldeia de Tramaga foi elevada a Freguesia em 1993, e desde essa altura assistiu-se a várias alterações. Foram construídos edifícios públicos como Jardim-de-infância, Casa Mortuária, Edifício de Junta de Freguesia, Extensão do Centro de Saúde de Ponte de Sor e foram melhorados arruamentos e saneamento básico. No decorrer destes anos, a Junta de Freguesia procurou desenvolver estratégias de lazer, apoiando financeiramente atividades que envolvessem toda a população, tais como o ‘Carnaval de Tramaga’ e as ‘Marchas Populares de Tramaga’. Atualmente, estas atividades estão suspensas dada a conjuntura económica do país, no entanto serão retomadas assim que for possível.

Esta é uma Freguesia que se preocupa com os mais idosos, o que a leva a desenvolver programas de apoio específicos para esta faixa etária. Semanalmente, um funcionário da Junta de Freguesia acompanha os idosos mais isolados (que vivem no lugar do Cansado) nas compras semanais. Para tal, uma carrinha da Junta de Freguesia transporta os idosos até Ponte de Sor para que os idosos possam fazer as suas compras e tratar de assuntos pessoais em locais como: Finanças, Segurança Social, Farmácia, entre outros.

Uma outra atividade apoiada pela Junta de Freguesia de Tramaga é o transporte de idosos à hidroginástica, em Ponte de Sor, incentivando assim a frequência de atividades desportivas.

Anualmente, é realizado o almoço do idoso da Freguesia de Tramaga, de forma gratuita com animação musical. Este é um almoço que ocorre há muitos anos e que é do agrado dos idosos da Freguesia.

Uma vez que existem alguns idosos isolados na freguesia e outros que estão a maioria do tempo em casa, a Junta de Freguesia organiza anualmente um passeio de idosos à praia de forma gratuita, sendo o principal objetivo o convívio entre estes.

Existem várias atividades na freguesia que podem ser frequentadas por todas as pessoas, de todas as idades. Existe um grupo que se reúne todas as semanas para fazer bordados. Posteriormente, fazem exposições dos trabalhos efetuados nas Festas da Cidade de Ponte de Sor, e na Festa do Aniversário da Junta de Freguesia.

A pintura, também está inserida na lista de atividades efetuadas nesta freguesia. Todas as pessoas podem frequentar os vários cursos que vão sendo efetuados ao longo do ano.

Caso o idoso queira aceder à Internet de forma gratuita, estão disponíveis computadores no edifício da Junta de Freguesia.

A comissão social da Freguesia de Tramaga é constituída pela Junta de Freguesia de Tramaga, Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Básico e Pré-Primário, Associação dos Caçadores, Associação Tramaga Jovem, Associação para o Desenvolvimento Social e Ação Social da Freguesia de Tramaga (Centro Comunitário).

O Centro Comunitário de Tramaga foi inaugurado em 17 de abril de 2006, tendo entrado em funcionamento a 1 de maio do mesmo ano. Atualmente, conta com dezasseis funcionários. As principais valências desta Instituição passam por apoio domiciliário, centro de dia, refeitório escolar e cantina social.

Atualmente estão inscritas 86 pessoas, a maioria idosos. Em regime de centro de dia estão inscritos 37 idosos. É fornecido apoio domiciliário a 49 pessoas, a maioria idosos.

Relativamente ao pagamento por parte dos idosos, as despesas são suportadas pelas mensalidades dos utentes, quotizações dos sócios, acordos com a segurança social e pelo município. Os idosos pagam 50% do valor da reforma em regime de centro de dia e em apoio domiciliário cada serviço solicitado tem uma percentagem.

A valência de lar do idoso está prevista, no entanto ainda não há data para a sua concretização.

Numa freguesia com uma população de 1542 habitantes, em que 350 são idosos, é notória a preocupação em criar um suporte social aos idosos.

4.5 – CONTEXTO DE INTERVENÇÃO

Através da realização do diagnóstico de saúde da população com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, a partir dos dados recolhidos, foi possível obter uma imagem da mesma, correspondente à sua caracterização em algumas especificidades.

Esta caracterização, obtida essencialmente através da análise descritiva, pode ser entendida pela informação transmitida pelas médias e pelos maiores valores percentuais das variáveis em estudo, traçando por isso um perfil geral da população.

Assim, e face aos dados obtidos, podemos afirmar que se trata de uma população maioritariamente feminina, cuja média de idades ronda os 76 anos e com uma taxa de iliteracia elevada. Em termos sociofamiliares, podemos afirmar que são, na grande maioria, casados e coabitam com o cônjuge, sendo o agregado familiar geralmente constituído por 2 pessoas. Contudo, é de salientar que nesta população é possível encontrar agregados familiares maiores, identificando assim algumas famílias alargadas, cujo parentesco dos seus elementos corresponde primeiramente aos filhos, depois aos outros, que correspondem aos irmãos, cunhados e sobrinhos e, por fim, aos netos.

Trata-se de uma população que mantém relações sociais com a comunidade local, família

e amigos, que conta e obtém apoio mais frequente dos familiares, embora os vizinhos e amigos sejam a segunda fonte de apoio.

Para a maioria dos idosos, os rendimentos auferidos cobrem com dificuldade as suas necessidades. Habitam maioritariamente na povoação, em casa unifamiliar com 4 ou mais divisões, reunindo as infraestruturas e equipamentos básicos, nomeadamente eletricidade, águas frias e quentes canalizada, esgotos, gás, aquecimento, frigorífico, fogão, máquina de lavar a roupa, televisor e telefone. Segundo os mesmos, as suas casas possuem condições adequadas às necessidades, embora seja significativo o número de idosos cujas habitações têm humidade, não têm janela em todas as divisões, e cuja casa de banho não tem poliban. Na generalidade, as suas casas não têm degraus, embora ainda se verifiquem em muitos casos, principalmente para entrar na habitação. A existência de rampas de acesso e os corrimões é pouco significativa. A circulação dentro de casa não é isenta de obstáculos e a presença de tapetes antiderrapantes não é uma prática adotada pela maioria da população.

Para realizar as suas atividades instrumentais de vida diárias, os idosos sentem necessidade de recorrer à ajuda de alguém e, na maioria dos casos, têm quem os ajude, sendo geralmente os familiares que coabitam e não coabitam a ajudá-los, em função das suas possibilidades e disponibilidades, apresentando uma média de idade de aproximadamente 55 anos. De uma forma geral, e ainda que não o façam de forma completamente autónoma, a maioria consegue usar o telefone, deslocar-se, responsabilizar-se pela sua medicação e lidar com o dinheiro. É para lavar a roupa, cuidar da casa, preparar as refeições e fazer compras que precisam de mais ajuda. O modelo familiar tradicional está presente nesta população, no que respeita à realização das tarefas domésticas, pois preparar refeições, cuidar da casa e lavar a roupa, continua a ser assumida maioritariamente pelas mulheres, na condição de cônjuge, filha, neta, sobrinha, cunhada ou irmã.

Quanto às atividades de vida diária, a grande maioria dos idosos consegue lavar-se, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se, ser continente e alimentar-se sozinho, sendo classificados como independentes em todas as atividades, de acordo com o Índice de Katz. Mas quando precisam de ajuda, é ao familiar que coabita que recorrem, onde a idade média de quem ajuda varia entre os 61 e os 72,5 anos. Importa realçar que, nas atividades relacionadas com a mobilização e com a continência, alguns idosos referiram realizá-las com ajuda de meio auxiliar de marcha e ser o próprio a assegurar autocuidado, respetivamente, sugerindo alguma persistência em relação à sua autonomia.

A maioria dos idosos afirma sentir-se feliz a maior parte do tempo, sente-se satisfeito com a sua vida e considera que é muito bom estar vivo, apesar de não se sentirem cheios de energia, de terem posto de lado muitas das suas atividades e interesses, preferirem ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas e assumirem ter medo que lhes vá acontecer qualquer coisa de mal. São sobretudo idosos que não se sentem desamparados nem sentem a sua vida vazia. Contudo, e

de acordo com a escala, a maioria dos idosos apresenta depressão, embora quando questionados acerca das suas comorbilidades, apenas uma pequena parte da população indique ter depressão.

Na sua maioria, os idosos não referem falta de apetite ou alterações no peso. Em média, pesam 72 Kg, medem 1,59 m e, segundo o IMC, estão classificados na pré-obesidade. Apresentam um perímetro abdominal que varia entre os 106 e os 110 cm, revelando um risco muito elevado de comorbilidade associado a esta avaliação.

Nos últimos 6 meses, a maioria não registou quedas, mas o medo de cair está bem presente nesta população. E embora tenham referido maioritariamente não ter deixado de fazer alguma das suas atividades habituais devido ao medo, também foram muitos aqueles que, face ao medo, puseram de lado algumas atividades que desenvolviam.

A incontinência urinária e a obstipação não são apontadas pela maioria.

Embora grande parte dos idosos não indique problemas de audição e visão, os que apresentam têm, na sua maioria, consciência desse facto.

O seu sono deixa-os satisfeitos, e a maioria não se sente sonolenta durante o dia.

Os idosos desta população tomam, em média, cerca de 5 medicamentos diferentes por dia, e as comorbilidades que mais os afetam são a hipertensão arterial, a dislipidémia, a diabetes, as patologias osteoarticulares, a insuficiência cardíaca e a hipertrofia benigna da próstata, apresentando uma comorbilidade severa segundo o Índice de Charlson.

Sem hábitos tabágicos marcados, esta população apresenta um padrão de ingestão de bebidas alcoólicas moderado, associado às duas principais refeições diárias.

Nos últimos 6 meses, esta população recorreu, em média, cerca de 3 vezes ao Centro de Saúde. É ao serviço médico que ocorre um maior número de idosos, mas é o serviço de enfermagem o mais procurado. Em média, a maioria dos idosos recebeu cuidados de enfermagem aproximadamente 3 vezes, confirmando a relação de alguma proximidade que esta população tem com a Enfermagem. Recorrer ao Centro de Saúde tem custos e, apesar desta questão não estar contemplada neste estudo, muitos idosos referiram não procurar mais os serviços por dificuldades económicas, associadas às taxas moderadoras praticadas atualmente.

Os cuidados mais referidos pelos idosos foram a monitorização e vigilância de enfermagem relativamente à tensão arterial, a colheita de sangue, a vacinação, a avaliação da glicémia capilar, a administração de terapêutica intramuscular ou subcutânea e os programas de educação para a saúde, embora este último corresponda a 15,7% da população. Muitos idosos referiram que, para evitar gastar dinheiro, optam por avaliar a tensão arterial e glicémia capilar em casa, nos familiares ou vizinhos/amigos, complementando as avaliações esporádicas do Centro de Saúde ou também substituindo a sua procura, em alguns casos.

A fisioterapia é a terapia de saúde mais procurada pelos idosos, embora logo a seguir alguns tenham referido a procura do endireita, uma prática ainda comum em algumas regiões interiores do país, quando se trata de soluções para problemas osteoarticulares.

Por fim, o Centro de dia/convívio é o serviço social mais procurado pelos idosos desta população.

Estes constituem, portanto, os traços gerais desta população, revelando aquilo que a maioria transmitiu ao participar neste estudo.

A maioria dos idosos desta Freguesia, afirmam sentir-se felizes a maior parte do tempo, sentem-se satisfeitos com a sua vida e consideram que é muito bom estar vivo, apesar de não se sentirem cheios de energia e de terem posto de lado muitas das suas atividades/interesses. Sendo a Tramaga uma freguesia rural, muitos destes idosos têm a vantagem de não terem enfrentado a passagem à reforma, pois muitos foram agricultores e continuam a exercer a agricultura consoante o que ainda podem fazer.

Alguns estudos (Melo e Neto, 1999; Sequeira e Silva, 2003) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, deve-se sobretudo à presença da atividade agrícola junto das pessoas mais idosas no meio rural. Esta é uma atividade que além de fazer com que o idoso se mantenha ativo, ainda incentiva a sociabilidade, ou seja, é uma atividade que permite aos idosos uma participação ativa na comunidade. Além disso, sustenta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais para o idoso.

Os idosos da Freguesia optam por ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas, e assumem ter medo de lhes vá acontecer qualquer coisa de mal.

Vários estudos mostram que a velhice e o envelhecimento estão associados a juízos e interpretações positivos, negativos e/ou neutros, mas, na sua origem, são formulados por rótulos mais negativos e discriminatórios. É comum os idosos da Freguesia não se relacionarem com a comunidade local no período do luto de familiares, para que não sejam criados rótulos discriminatórios. Estes períodos de luto normalmente são longos.

Relativamente ao apoio familiar/social, são sobretudo idosos que não se sentem desamparados nem sentem a sua vida vazia. Nenhum dos idosos inquiridos, referiu não sair do domicílio, nem receber visitas, o que nos leva a considerar que a população da Freguesia de Tramaga com 65 e mais anos, mantém relações sociais com a comunidade local, família e/ou vizinhos.

Num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social com idosos do meio rural e do meio urbano, Lopes (2004, cit. por Ferreira, 2009) observou que, quanto ao suporte social, foi o meio rural que mostrou uma maior perceção de suporte social recebido e uma rede de familiares e amigos mais alargada.

Acrescentam que no meio rural a intimidade é mais intensa que no meio urbano e isto pode ter efeitos no bem-estar psicológico do idoso. Neste mesmo estudo, verificaram ainda que, os idosos rurais manifestam um nível de autonomia superior, o que poderá estar associado à vida mais ativa que estes levam na pequena agricultura e criação de animais.

Relativamente aos recursos de Saúde, o Concelho de Ponte de Sor é abrangido pela Unidade

Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA). Ponte de Sor possui uma UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, e possui 6 extensões de Saúde, localizadas em Foros do Arrão, Longomel, Vale de Açor, Montargil, Tramaga e Galveias.

A população do Concelho conta ainda com o Serviço de Urgência Básica, com ambulância SIV disponível 24 horas por dia.

Para recorrer aos cuidados de saúde hospitalares, os residentes do Concelho de Ponte de Sor tem de dirigir-se ao Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre, também pertencente à ULSNA.

Ainda existem no concelho serviços privados de prestação de cuidados de saúde: nomeadamente clínicas médicas e dentárias, onde os utentes podem recorrer a algumas especialidades médicas, fisioterapia, análises

Existem ainda quatro farmácias no Concelho, três destas localizadas em Ponte de Sor e uma outra localizada em Montargil.

5 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Este estágio curricular foi realizado na freguesia de Tramaga, pertencente ao concelho de Ponte de Sor e decorreu no período compreendido entre 16 de Setembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014.

5.1 - ESCOLHA DA POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTÁGIO

A escolha desta Freguesia deveu-se a vários fatores nomeadamente: pertencer a uma das regiões mais envelhecidas do país, pertencer ao terceiro concelho mais populoso do distrito, por o número de habitantes com mais de 65 anos ser relativamente elevado (350 habitantes), e por ser uma das freguesias mais jovens, podendo assim iniciar o processo de sensibilização positiva para a mudança de comportamentos o mais precocemente possível.

Pessoalmente, posso acrescentar que vivi nesta Freguesia cerca de 22 anos e que mantenho laços estreitos com os habitantes desta freguesia, sendo também esta uma das minhas grandes motivações para efetuar o estágio nesta Freguesia.

6 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO

As atividades planeadas no projeto de estágio (apêndice II), tiveram como base as etapas do planeamento em saúde, porque planejar em saúde é indispensável para uma boa gestão de recursos, meios e de tempo, com vista a obter ganhos em saúde e maximizar as oportunidades de aprendizagem.

O Planeamento em Saúde pressupõe a “ (...) racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio económicos (...)” (Imperatori & Giraldes, 1982: 6).

“ (...) O planeamento é um esforço coletivo em que intervêm os vários sujeitos (agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar” (Imperatori & Giraldes, 1982: 3), através de uma análise multisetorial e integrada de uma comunidade, da coordenação entre vários níveis de planeamento, e do envolvimento das várias partes interessadas.

Pelo que urge planejar, e porquê? Essencialmente, por seis tipos de razões:

- Utilizar os recursos de maneira mais eficaz e mais eficiente, dado que são cada vez mais escassos;
- Intervir nas causas dos problemas de saúde e dos respetivos serviços;
- Definir prioridades;
- Basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projetadas, na evidência que, a cada momento, for possível recolher;
- Utilizar instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção;
- Evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- Utilizar e adequar os Serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados (Imperatori e Giraldes, 1982).

De acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no artigo 4º as competências específicas são:

“a) Estabelece com base no planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

c) Integra a coordenação de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Pano Nacional de Saúde;

d) Realiza e coopera na vigilância e epidemiológica de âmbito geodemográfico”(OE, 2010).

O planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (que é composta pelo diagnóstico da situação, pela definição de prioridades, pela fixação de objetivos, pela seleção de estratégias, pela elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação.

6.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A fase de diagnóstico deve abarcar os setores económicos e sociais, identificando os principais problemas de saúde e os seus fatores condicionantes, de forma a explicar as suas causas. O diagnóstico da situação deve ser suficientemente sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990).

O processo de Planeamento em Saúde é dinâmico, no entanto a primeira etapa será sempre o diagnóstico da situação (Imperatori & Giraldes, 1993).

O Diagnóstico de Saúde foi realizado no Estágio I. Neste período, elaborámos um Diagnóstico de Saúde da Freguesia de Tramaga a pessoas com 65 e mais anos, de forma a caracterizar a população desta freguesia e conhecer as suas necessidades de saúde. A principal motivação para a realização deste Diagnóstico, foi contribuir para que melhor se conheçam os idosos com 65 ou mais anos a residir na Freguesia de Tramaga, e consequentemente, ter conhecimento dos que vivem sós e com critérios de risco.

Foi feito através de um estudo descritivo, exploratório e transversal.

A população alvo deste estudo foram todos os sujeitos com 65 ou mais anos, pertencentes à freguesia de Tramaga que aceitassem participar no mesmo, e que estivessem presentes nas suas residências no período selecionado para a recolha de dados.

Optámos por utilizar como instrumento de colheita de dados um questionário, uma vez que este trabalho é de natureza quantitativa, o instrumento de colheita de dados a utilizar terá de proporcionar uma quantificação dos resultados. (apêndice III)

Esse questionário foi aplicado porta-a-porta entre 27 de Maio e 9 de Junho de 2013.

Para definir as atividades a realizar, após término do diagnóstico de saúde, foram utilizados os resultados obtidos no diagnóstico de saúde, para selecionar qual seria o foco das atividades a realizar.

Assim sendo, os principais problemas identificados nesta população:

- Falta de apoio familiar/social uma vez que muitos idosos vivem sós e isolados;

- Presença significativa da classificação de depressão e depressão grave na população;
- Residir numa habitação isolada está associado com a presença de depressão e depressão grave;
- Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I;
- Défice de formação /informação ao idoso relativamente à segurança destes. (prevenção da queda, prevenção da burla);
- Risco elevado e muito elevado de comorbilidade;
- Predominância de patologias como: HTA, diabetes, patologias osteoarticulares;
- Pouca adesão a alguns cuidados de enfermagem, nomeadamente de monitorização e vigilância e, dos programas de educação para a saúde.

6.2 - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda fase do Planeamento em Saúde.

No diagnóstico procedeu-se à identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990).

Aquando da realização da definição de prioridades, deve-se ter em conta o horizonte do plano, que é “o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção” (Imperatori & Giraldes, 1993: 64), e também a área de programação, que consiste em dividir as prioridades em nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc.

Para hierarquizar os problemas de saúde detetados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades. Tavares (1990: 101) refere que “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos – humanos, físicos e/ou financeiros.”

Cendes e o Bureau Regional da OMS para as Américas através da *Programación de la Salud* (1965) citados por Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios clássicos para a definição de prioridades, designadamente a magnitude (consiste na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão), a transcendência (consiste na ponderação por grupos etários e a consideração de possibilidades de prevenção de acordo com estes) e a vulnerabilidade (consiste na possibilidade de evitar uma patologia baseando-se na tecnologia e recursos existentes na área).

Para além destes critérios existem outros critérios para selecionar prioridades, tais como a evolução, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população e fatores económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nutt (1984) citado por Imperatori & Giraldes (1993) refere que quando o número de

problemas é elevado, isto é, mais de quinze ou vinte, está indicada uma pré-seleção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas.

Neste âmbito, e considerando os vários critérios sugeridos destacamos e agrupamos os seguintes problemas.

PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS E PRIORIZADOS
1 - Viver só
2 - Isolamento da habitação
3 - Classificação de depressão e depressão grave
4 - Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I
5 - Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca
6 - Risco elevado e muito elevado de comorbilidade
7 - Comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson
8 - Quedas: Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição

Quadro nº2 - Problemas diagnosticados e priorizados

6.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Realizada a identificação dos problemas e o respetivo estabelecimento de prioridades, é necessário definir os objetivos em relação a cada um desses problemas, determinando também o período de tempo. Assim, chegamos à terceira etapa do planeamento em saúde: a fixação de objetivos.

Nesta fase definem-se quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatorii & Giraldes, 1993).

A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível (Imperatorii & Giraldes, 1993).

Assim sendo, delinearam-se os seguintes **objetivos gerais**:

- Promover a minimização dos problemas de saúde que afetam a população com 65 ou

mais anos da freguesia de Tramaga;

- Promover a capacitação da população com 65 ou mais anos da freguesia de Tramaga para a adoção de estilos de vida saudáveis;

Objetivos específicos:

- Promover a capacitação sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, dos participantes no “Atelier de Saúde” a 16 de novembro de 2013;

- Incentivar os participantes do “Atelier de Saúde” a fazerem vigilância da sua tensão arterial e glicémia capilar a 16 de novembro de 2013;

- Promover a capacitação sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, dos leitores do Jornal “aponte” e Jornal *Online* “Sor Saúde”;

- Informar a Entidades Locais/Concelhias e Comunidade da Tramaga sobre principais problemas de saúde dos idosos da Freguesia

- Maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento, insegurança e incidentes e acidentes domésticos

Uma dos problemas identificados foi o facto de 25,5% dos idosos viverem sós e 5,9% em locais isolados.

Face a este problema os objetivos delineados foram: Maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento e insegurança.

Enquanto grupo de trabalho, reconhecemos que a demonstração de equipamento de teleassistência poderia ser uma mais-valia para os idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga. O serviço de teleassistência é um serviço de assistência permanente, baseado numa central de atendimento telefónico vocacionada para responder a qualquer situação de emergência, através de um sistema de comunicação rápido e seguro sem a necessidade da existência de um telefone ao alcance da mão. Pelo seu funcionamento, este serviço é o ideal para a ajuda imediata em todo o tipo de emergências como, acidentes domésticos, agravamento súbito de saúde, pânico, roubos, incêndios, e outras situações que atentem contra a segurança e o sossego do ser Humano, ou simplesmente para ajudar a combater a solidão.

É o ideal para o aporte rápido de auxílio a idosos de uma maneira geral, idosos que não desejem ou não possam ir para lares da terceira idade, pessoas que vivam sós, pessoas doentes, deficientes físicos; enfim destina-se a todos aqueles para quem a prevenção, segurança e a tranquilidade sejam objetivos.

Uma vez que este serviço está em desenvolvimento e várias Câmaras Municipais do Alto Alentejo já adquiriram o equipamento, resolvemos agendar uma reunião com o Sr.º. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor para sugerir a compra deste equipamento para os idosos com isolamento da habitação. Esta reunião foi agendada para dia 15 de Novembro de 2013.

Reconhecemos também que o fato de a freguesia estar localizada no interior do país, fez com que a mesma não acompanhasse a evolução dos equipamentos de apoio a idosos.

Assim sendo, resolvemos contactar uma empresa de Teleassistência, para que esta explicasse o objetivo da teleassistência, a quem se destina, como funciona através de uma sessão formativa.

Esta sessão formativa foi agendada para dia 6 de Dezembro de 2013, sendo a temática a “Segurança do Idoso”. (apêndice IV)

Assim, como estratégias para esta intervenção definimos o seguinte:

- Realização de Sessão de Educação para a Saúde Sobre Segurança do Idoso;
- Entrega de folheto informativo sobre Empresa de Teleassistência; (anexo V)
- Entrega de folheto informativo da GNR sobre prevenção da burla no idoso; (anexo VI)
- Distribuição de cartão com contacto da GNR;
- Como objetivos operacionais ou metas definimos;
- Que 10% da população com 65 ou mais anos participasse na sessão de Educação para a Saúde;
- Que 95% dos participantes da sessão levassem folheto informativo sobre a Empresa de Teleassistência;
- Que 95% dos participantes da sessão levasse folheto informativo sobre prevenção de burla no idoso;
- Que 95% dos participantes da sessão levasse cartão com contacto da GNR.
- Que 95% das questões sejam esclarecidas;

Um outro problema identificado foi a presença de tapetes anti derrapantes em número reduzido. Do total de 244 inquiridos que responderam, 171 referiram que os seus tapetes não são antiderrapantes, o que corresponde a 70,1%.

Constatou-se ainda que nas casas de banho dos idosos predomina a banheira em prol do poliban. Relativamente à visão concluiu-se que 58,6% dos idosos apresentam distúrbios sensoriais neste âmbito.

Todos os fatores descritos anteriormente aumentam significativamente o risco de queda no idoso. Neste âmbito questionaram-se os idosos se deixaram de fazer algumas das suas atividades habituais por medo de cair, sendo que 48,6% dos idosos responderam que sim e 51,4% responderam que não. De um total de 290 inquiridos, 91 caíram nos últimos 6 meses e 199 não caíram.

A diminuição do equilíbrio tem sido citada com um dos fatores mais contributivos para a ocorrência de quedas. Para além deste fator fisiológico, a bibliografia também sugere o medo de cair com um fator psicológico predisponente para a ocorrência das mesmas (Gillespie et al., 2007).

Face a este problema o objetivo delineado foi: Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do *empowerment* dos idosos e famílias em formato multidisciplinar, através de realização de Sessão de Educação para a Saúde realizada no dia 6 de Dezembro de 2013 cuja temática foi a “Segurança do Idoso”.

A Educação para a Saúde surge como um meio facilitador deste percurso, no sentido de preparar os indivíduos para um papel ativo na saúde. Assim, um dos seus principais objetivos é ajudar as pessoas a desenvolverem a sua capacidade de tomada de decisão, responsabilizando-as pela sua saúde. Pretende-se que as pessoas se sintam capazes para colaborarem nos processos de mudança, com vista à adoção de estilos de vida saudáveis e promotores de saúde.

Educar as pessoas para a saúde é, então, criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. Por vezes, não se mudam comportamentos apenas porque alguém dá indicação da necessidade de mudança, ou disponibiliza a informação atualizada em saúde. A mudança ocorre quando no processo de Educação para a Saúde os interesses e necessidades do indivíduo, família e comunidade são valorizados, envolvendo-os como sujeitos ativos e participantes. Todo este processo exige dinâmica ao nível do planeamento.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental neste processo, pois possui as competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam os vários sectores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades.

Assim, como estratégias para esta intervenção definimos o seguinte:

Realização de uma sessão de Educação para a Saúde sobre “Prevenção da Queda” e “Cuidados a ter com o frio”

Realização de um folheto informativo sobre “Prevenir para não cair...” (apêndice V) e um outro sobre “Inverno em Segurança”. (apêndice VI)

Como objetivos operacionais ou metas definimos:

- Que 95% dos participantes da sessão levassem folheto informativo sobre as temáticas abordadas;
- Que 95% das questões colocadas sejam esclarecidas.
- A presença de depressão e depressão grave foi um outro problema identificado aquando a realização do Diagnóstico de Saúde. Através da realização do Diagnóstico de Saúde constatou-se que:
 - É o sexo feminino que apresenta valores percentuais mais elevados de depressão e depressão grave.
 - Há um maior número de sujeitos com depressão ou depressão grave que estabelece relações sociais só com vizinhos e amigos.
 - A presença de depressão está associada à qualidade das relações sociais que o idoso

mantém.

- O apoio familiar é mais frequente nos casos de depressão;
- Residir numa habitação isolada está associado com a presença de depressão e depressão grave;
- Perante esta problemática definimos como objetivo: Implementar medidas que proporcionem momentos de lazer aos idosos.

Esta é uma freguesia que pauta por apresentar um leque variado de atividades para os idosos (ver ponto 4.4). No entanto, existe uma lacuna em termos de incentivo à prática do exercício no idoso e ao combate à iliteracia.

Assim sendo, pensamos que poderiam ser tomadas medidas no sentido de proporcionar momentos de lazer aos idosos, nomeadamente instalação de equipamentos de exercício físico ao ar livre. Como tal, propusemos uma reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor para propor algumas sugestões para combater a depressão do idoso.

De um modo geral, os estudos com o objetivo de observar a relação de causa e efeito entre a prática de atividade física e alterações nos níveis de depressão apontam para uma relação inversamente proporcional. A atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. O exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis (Moraes et al.,2007).

Nesta linha de pensamento, foi definido como estratégias para esta intervenção o seguinte:

- Reunião com o Sr. Presidente da Câmara a apresentar algumas sugestões de intervenções que proporcionassem momentos de lazer aos idosos;
- Realização de Guião Orientador para apresentar na reunião. (apêndice VII)
- Como objetivos operacionais ou metas definimos:
- Que sejam aceites 30 % das propostas;
- Que 40% das propostas efetuadas fossem aceites para análise.

Os idosos da Freguesia de Tramaga estão inseridos num estado de pré-obesidade e obesidade I. Importa destacar que 42% dos idosos encontram-se em estado de pré-obesidade e 23,1% em obesidade classe I.

Relativamente às patologias mais frequentes nos idosos da Freguesia de Tramaga, a mais referida foi a Hipertensão Arterial com 75,2%, de seguida a Dislipidémia com 42,1%, Patologias Osteoarticulares e Reumatológicas e Diabetes ambas com 24,1% e Insuficiência Cardíaca com 23,1%.

Segundo PORTUGAL (2012), a hipertensão arterial merece uma particular relevância, pela sua elevada prevalência na população portuguesa e pelo facto dos estudos de base

epidemiológica publicados demonstrarem um insuficiente controlo, facto que poderá refletir-se na anormal incidência de acidente vascular cerebral.

Berger & Mailloux-Poirier (1995) na sua obra afirmam que as estatísticas revelam que 20% dos diabéticos têm mais de 65 anos.

Os idosos da Freguesia de Tramaga apresentam uma comorbilidade severa atribuída pelo Índice de Comorbilidade de Charlson.

Face aos problemas identificados anteriormente definiu-se o seguinte objetivo: Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva e sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Assim, como estratégias para esta intervenção definimos o seguinte:

- Realização de Atelier de Saúde dia 16 de Novembro de 2013, cujo principal objetivo era avaliação glicémia capilar, tensão arterial e esclarecimento de dúvidas;
- Elaboração de folheto informativo “Diabetes: aprender, corrigir, melhorar”; (apêndice VIII)
- Elaboração de folheto informativo “ Conselhos úteis para enfrentar a Hipertensão Arterial com um estilo de vida saudável”; (apêndice IX)
- Elaboração de documento de avaliação desta iniciativa, nomeadamente a importância e o interesse em participar em iniciativas que promovam a sua saúde; (apêndice X)
- Elaboração de 2 Artigos para o Jornal “aponte” sobre hábitos de vida saudáveis; (apêndice XI)
- Elaboração de 2 Artigos para publicar no jornal “Sor Saúde”, jornal digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor.
- Como objetivos operacionais ou metas definimos:
- Que 50% do total de participantes das comemorações do S. Martinho aderissem ao Atelier;
- Que 50% das respostas sejam maiores ou iguais a 4 relativamente à importância numa escala de 1 a 5;
- Que 50% das respostas sejam maiores ou iguais a 4 relativamente ao interesse numa escala de 1 a 5;
- Que 80% dos aderentes ao atelier recebam folheto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis
- Tiragem mínima de 1000 exemplares do jornal “aponte”;
- Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no jornal digital “Sor Saúde”.

6.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta fase do planeamento em saúde passa pela seleção de estratégias. Nesta fase é possível escolher um “conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (Imperator & Gerales, 1993: 30).

A seleção de estratégias não deve ser linear, há que estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objetivo, que serão submetidas posteriormente a decisão superior.

Aquando a seleção de estratégias é imprescindível fazer uma estimativa dos recursos a utilizar. Caso se considere que os recursos são insuficientes, “haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objetivos” (Imperator & Gerales 199: 30).

Problema Identificado	Objetivo	Estratégia
Idosos vivem sós;	Maximizar conhecimentos sobre comportamentos de prevenção de isolamento, insegurança.	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com o Sr. Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor, no sentido de sensibilizar a autarquia para a importância de adquirir equipamento de teleassistência para os idosos mais carenciados e que vivem sós; - Informar a população para a possibilidade de adquirir equipamento de teleassistência e providenciar/proporcionar demonstração de equipamento de teleassistência, aquando a realização da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” - Realização de Parceria com a GNR de Ponte de Sor, aquando a realização da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso” - Entrega de folheto informativo “Cuidado com as Burlas - Conselhos da GNR”
Isolamento da habitação;		

Quedas: Banheira em vez de poliban; tapetes não antiderrapantes; alterações da visão e audição;	Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do <i>empowerment</i> dos idosos e famílias em formato multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Sessão de Educação para a Saúde “ Segurança do Idoso” no dia 6 de Dezembro de 2013, onde foram abordadas as temáticas “ Prevenção da queda” e “Cuidados a ter com o frio” - Entrega de folhetos informativos alusivos às temáticas apresentadas.
Depressão e depressão grave	Implementar medidas que proporcionem momentos de lazer aos idosos.	<p>Reunião com o Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor onde foram efetuadas várias propostas, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocação de mesas de jogos (damas/xadrez) em local privilegiado da Freguesia de forma que os idosos possam ter períodos de lazer; - Criação de espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre.

<p>Idosos classificados com pré-obesidade e obesidade I</p> <p>Hipertensão arterial, dislipidémia, patologias osteoarticulares, diabetes e insuficiência cardíaca</p> <p>Risco elevado e muito elevado de comorbilidade</p>	<p>Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva e sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionário da Câmara Municipal desloca-se ao Centro Comunitário para promover actividade física dos idosos. Alargar esta actividade a todos os idosos da população. - Criação de espaços verdes com circuitos de manutenção e equipamentos desportivos para prática desportiva ao ar livre; - Criação de grupo de caminhadas; - Realização de “ATELIER DA SAÚDE”, associado às comemorações de “S. Martinho - Atividades a desenvolver para o “Atelier da Saúde”; - Realização e distribuição de panfletos de divulgação do evento associado a Edital emitido pela União de Freguesias – Tramaga, assim como poster de identificação no atelier; - Realização e distribuição de panfletos de informação alusivos aos problemas identificados, adequados em termos de várias literacias (imagem permite compreensão de conteúdo): <ul style="list-style-type: none"> - “ Conselhos úteis para enfrentar a hipertensão arterial com um estilo de vida saudável” - “ Diabetes, aprender..., corrigir..., melhorar...” - Avaliação e registo da tensão arterial aos participantes aderentes; -Avaliação e registo de glicémia capilar aos participantes aderentes; - Fornecer informações e esclarecimentos individualizados. - Publicar 2 Artigos de saúde sobre adoção de hábitos de vida saudáveis no jornal “aponte” e Jornal Online “Sor Saúde”
---	---	--

Tabela nº 3 – Seleção de Estratégias

6.5 - ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Após a fixação de objetivos e a seleção de estratégias, continuámos o nosso estágio passando à 5.^a etapa do planeamento em saúde: a elaboração de um projeto de estágio (apêndice II).

A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos, que culminou na elaboração do projeto anteriormente elaborado.

6.6 - PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 149), esta etapa do planeamento em saúde deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar”.

Assim, começámos por elaborar um cronograma das atividades a desenvolver nesta intervenção (apêndice XII).

Para efetuar o planeamento das intervenções junto da comunidade, realizámos reuniões do grupo de trabalho, bem como reuniões com a Professora Coordenadora do Estágio.

Uma vez que os vários elementos do grupo de trabalho estavam distantes em termos geográficos a troca de correio eletrónico foi um meio privilegiado de partilha de informação.

Uma vez que a maioria das nossas intervenções foi executada na Freguesia de Tramaga, uma das primeiras ações passou por uma reunião preparatória da intervenção com o Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor.

Nesta reunião apresentamos de forma informal os resultados do Diagnóstico de Saúde e quais as atividades que pretendíamos desenvolver na comunidade.

Neste contexto, solicitamos colaboração para a realização do Atelier de Saúde inserido nas Comemorações do Martinho e respetiva divulgação por edital, assim como para a realização das sessões formativas no auditório da Junta de Freguesia.

Foram também definidas as datas de realização das sessões, tendo ficado acordado o dia 29/11/2013 e o dia 06/12/2013. O Atelier de Saúde ocorreu dia 16 de Novembro de 2013. (anexo VII)

No dia 29/11/2013 foram apresentados à comunidade as principais conclusões do Diagnóstico de Saúde, designamos esta sessão formativa como Fórum Comunitário. Esta apresentação foi efetuado em formato *power point* e foi programada para 60 minutos. (apêndice XIII).

Achamos pertinente convidar toda a população através de cartaz (apêndice XIV) e algumas entidades de cariz social da cidade para assistir ao Fórum Comunitário. Assim sendo, elaborámos um convite (apêndice XV), para entregar às várias entidades nomeadamente, Escola Superior de Saúde de Portalegre- Professora Orientadora de Estágio, Câmara Municipal de Ponte de

Sor, GNR, Junta de Freguesia de Tramaga, Associação Caminhar, Cruz Vermelha Portuguesa – delegação de Ponte de Sor, Bombeiros Voluntários de Ponte de Sor, Centro de Saúde Ponte de Sor, Jornal Ecos do Sor, Jornal aponte, Presidentes de todas as Juntas de Freguesia do Concelho, Centros Comunitários do Concelho, Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Sor e Segurança Social de Ponte de Sor .

É de referir que a maioria destes convites foi entregue de forma personalizada, dirigindo-se um dos elementos do grupo ao local.

Neste caso específico, coube-me a mim esta tarefa, uma vez que cresci na Freguesia de Tramaga, sendo assim mais rápida a deslocação às várias entidades por conhecer bem a localização geográfica destas.

Foi também afixado nos locais públicos da Freguesia de Tramaga um convite endereçado a toda a população.

A realização do Atelier de Saúde foi um processo mais demorado. Numa fase inicial a nossa principal preocupação foi averiguar a possibilidade da realização do mesmo, aquando as comemorações do S.Martinho.

Iniciámos o processo, enviando *email* para o Presidente da Junta de Freguesia que prontamente aceitou colaborar connosco em tudo o que o que estivesse ao seu alcance. Posteriormente, foi elaborado um cartaz para divulgar a iniciativa. (apêndice XVI)

De seguida providenciou-se o equipamento para que fosse possível avaliar a glicémia capilar e a tensão arterial aos idosos e população em geral.

Achamos importante elaborar 2 folhetos informativos sobre HTA e Diabetes, para entregar aos idosos e população em geral. (apêndice VIII e IX)

No dia 6 de Dezembro de 2013, decorreu a sessão formativa “Segurança do Idoso”.

O nosso objetivo enquanto grupo de trabalho passava por realizar uma sessão formativa sobre segurança do idoso em várias vertentes.

Nesta linha de pensamento enviámos *email* convidámos a empresa de Teleassistência Helpphone para colaborar connosco, especificamente para apresentar o equipamento e efetuar demonstração prática. Este processo teve início com uma reunião preliminar no dia 13 de Novembro de 2013, a apresentar os objetivos da parceria. (apêndice XVII)

Contactámos também a GNR de Ponte de Sor para fazer parceria connosco nesta iniciativa, divulgando junto dos idosos técnicas de combate a burlas. (apêndice XVIII)

O nosso papel enquanto futuras Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária foi capacitar os idosos para a prevenção da queda e cuidados a ter com o frio, através de sessão formativa e entrega de folhetos informativos.(apêndice V e VI)

As sessões formativas foram efetuadas através do método expositivo e demonstrativo.

Nesta etapa, é também importante definirmos os recursos necessários à execução desta intervenção, que passamos a enumerar:

Recursos humanos:

- Alunas do III Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professora Coordenadora do Estágio;
- Idosos com 65 ou mais anos a residir na Freguesia de Tramaga;
- Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor;
- Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor;
- Representante da empresa de Teleassistência;
- GNR de Ponte de Sor.

Recursos materiais:

- Auditório da Junta de Freguesia de Tramaga;
- Computador, projetor multimédia e tela;
- Convites para as sessões realizadas;
- Alimentos para realização de coffee break no dia das sessões formativas;
- Folhetos informativos para entregar aos participantes;
- Pastas para participantes;
- Flores para decoração do auditório.
- Cavalete para expor cartaz informativo - Atelier de Saúde

6.7 – EXECUÇÃO

Neste capítulo são discriminadas as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio. Estas foram definidas de acordo com os objetivos operacionais determinados anteriormente.

Todas as atividades tiveram como população-alvo idosos com idade igual ou superior a 65 anos residentes na freguesia de Tramaga. Estas atividades foram realizadas por mim e pelas colegas do grupo de estágio, constituído por quatro alunas do Mestrado em Enfermagem.

A sua descrição detalhada, foi feita de acordo com os seguintes parâmetros, descritos por Tavares (1990: 169): “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível o objetivo que pretende atingir e eventualmente o custo da atividade.”

As atividades realizadas no decorrer do projeto foram:

- **Realização de Atelier de Saúde inserido nas comemorações do S. Martinho**

Este Atelier de Saúde foi realizado no dia 16 de Novembro de 2013, sob a autorização do Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor e aprovação da Professora Orientadora do Estágio. (anexo VIII)

O local eleito para a realização desta atividade foi a sede do Grupo Desportivo Recreativo e Cultural de Tramaga.

O ponto de partida para a realização do Atelier de Saúde, foi o facto de a HTA ser uma das patologias mais frequentes nos idosos com 65 ou mais anos a residir na Freguesia de Tramaga.

Por outro lado, achamos que seria um momento privilegiado para nos “aproximarmos” da população em geral de forma informal, uma vez que o Atelier estava inserido num dia festivo.

Uma vez que um dos elementos do grupo de trabalho, viveu grande parte da sua vida nesta Freguesia a abordagem aos idosos foi mais fácil e dinâmica. Sendo eu esse elemento facilitador de comunicação entre o Idoso/população em geral e o grupo de mestrandas, atrevo-me a afirmar que esta foi uma das intervenções comunitárias que mais gostei no decorrer do estágio.

Neste Atelier de Saúde, avaliou-se a tensão arterial e a glicémia capilar aos idosos com 65 ou mais anos, assim como à população em geral. Foram também efetuados vários esclarecimentos sobre diversas patologias, polimedicação, medicamentos genéricos entre outros. A importância de uma alimentação saudável e cessação tabágica também fizeram parte das temáticas abordadas no Atelier. Os participantes tinham vários folhetos informativos disponíveis, para consolidar conhecimentos sobre algumas patologias/Tratamentos/Medicação entre outros.

Cada participante, foi questionado sobre a importância e o interesse nestas atividades, sendo esta a forma de avaliação da atividade. (apêndice X)

- **Realização de Fórum Comunitário, a apresentar principais dados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga**

Este fórum foi realizado no dia 29 de Novembro de 2013, com a duração aproximada de 60 minutos. O local eleito para a realização desta atividade foi o auditório da Junta de Freguesia de Tramaga, sendo a apresentação elaborada em *power point*. (apêndice XIII)

No início da sessão, procedemos à apresentação dos formadores, do tema e dos objetivos da sessão. O principal objetivo desta sessão passava por apresentar à população em geral e às entidades de cariz social as principais conclusões do Diagnóstico de Saúde realizado.

- **Realização da Sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”**

Esta sessão teve lugar no dia 6 de Dezembro de 2013 no auditório da Junta de Freguesia de Tramaga. A entrega de convites para assistir a esta sessão decorreu de forma semelhante à entrega de convites para o Fórum Comunitário, dando assim preferência à entrega pessoalmente. (apêndice XIX)

Depois de constatarmos que muitos idosos da Freguesia de Tramaga vivem sós e a sua habitação está isolada, achamos pertinente abordar esta temática. Este foi sem dúvida o ponto

de partida para a realização da sessão.

Posteriormente, achamos que seria vantajoso trabalhar esta temática em parceria com outras entidades. Nesta linha de pensamento, convidamos a GNR de Ponte de Sor e a empresa de teleassistência Helphone a apresentar uma sessão formativa sobre segurança do idoso, de acordo com os respetivos pontos de vista.

Esta sessão de educação para a saúde foi muito bem-sucedida, estando a lotação da sala quase esgotada. O facto de trabalhar em parceria com as outras entidades foi vantajoso, uma vez que as informações fornecidas complementavam-se.

No final da sessão foram entregues folhetos informativos aos participantes, sobre Burlas no Idoso, Teleassistência, “Inverno em Segurança” e “Prevenir para não cair...”.(apêndice V e VI)

- **Elaboração de 2 Artigos de Saúde**

No decorrer do Estágio de Intervenção Comunitária, foram escritos 2 artigos de saúde. (apêndice XI) O nosso principal objetivo era publicá-los nos Jornais Locais.

Um dos artigos foi intitulado de “Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!”. Um dos desafios da sociedade atual é envelhecer com saúde, autonomia, e independência o mais tempo possível e depende em muito da forma como nos relacionamos ao longo da vida connosco, com os outros e com o ambiente. Requer uma atitude preventiva de doença, fomentadora de saúde e de independência. Este artigo aborda vários comportamentos que a pessoa pode adotar para ter uma vida mais saudável, desde a cessação tabágica, passando pela atividade física diária até à adoção de medidas específicas para prevenção de patologias osteoarticulares.

O segundo artigo “Saber mais, viver melhor!”, aponta algumas sugestões de como minimizar os fatores de risco das patologias cardiovasculares. Neste artigo, tentamos evidenciar que cada um de nós é responsável pela sua saúde, e que este é o bem mais precioso que temos para preservar.

6.8 – AVALIAÇÃO

A avaliação é a última fase do planeamento. Segundo a OMS (1981) citado por Tavares (1990) a avaliação é “uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente”.

Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir).

Segundo Tavares (1990: 205) a “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em

critérios e normas”.

Quando todo este processo termina, o mesmo deve recomeçar mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo. Na mesma linha de pensamento Imperatori & Giraldes (1993: 30) dizem-nos que “ terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo”.

6.8.1 - Avaliação das atividades realizadas

A avaliação foi feita no final de cada atividade. De seguida passo a descrever os resultados de cada atividade que irão refletir a consecução ou não dos objetivos propostos para cada atividade.

Relativamente ao objetivo: sensibilizar a autarquia para a importância de adquirir equipamento de teleassistência para os idosos mais carenciados e que vivem sós; sensibilizar a população para a possibilidade de adquirir equipamento de teleassistência e providenciar/ proporcionar demonstração de equipamento de teleassistência, foram delineadas as seguintes metas:

- 1- Que 10% da população com 65 ou mais anos participasse na sessão de Educação para a Saúde “Segurança do Idoso”;
- 2- Que 95% dos participantes da sessão levassem folheto informativo sobre a Empresa de Teleassistência;
- 3- Que 95% dos participantes da sessão levasse folheto informativo sobre prevenção de burla no idoso;
- 4- Que 95% dos participantes da sessão levasse cartão com contacto da GNR.
- 5- Que 95% das questões sejam esclarecidas.

Para a avaliação das atividades e metas, tendo em conta os objetivos inicialmente traçados apresentam-se os seguintes indicadores de atividade ou resultado.

Relativamente ao ponto número 1 a meta definida foi: **que 10% da população com 65 ou mais anos participasse na sessão.**

Fórmula:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas da comunidade que participaram com 65 ou mais anos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pessoas da comunidade com 65 ou mais anos}} \times 100$$

$$43/350 \times 100 = 12,3\%$$

Participaram 45 pessoas nesta Sessão de Educação para a Saúde, no entanto 2 delas tinham idade inferior a 65 anos. Assim sendo, participaram 43 idosos com 65 ou mais anos, de um total de 350 idosos (com a mesma idade que residem na Freguesia).

Podemos então concluir que participaram 12,3% da população com 65 ou mais anos, ultrapassando o objetivo delineado inicialmente os 10%.

Relativamente ao ponto número 2,3 e 4 a meta definida foi: **Que 95% dos participantes da sessão levassem folhetos informativos sobre a Empresa de Teleassistência, prevenção de burla no idoso e cartão com contacto da GNR.**

Fórmula: $\frac{\text{Nº de pessoas que levaram folheto} \times 100}{\text{Nº total de participantes}}$

$$45/45 \times 100 = 100\%$$

Uma vez que assistiram 45 pessoas à Sessão de Educação para a Saúde, e que todos os participantes levaram os folhetos informativos, podemos concluir que esta meta foi alcançada.

Relativamente ao ponto nº 5ª meta definida foi: **que 95% das questões sejam esclarecidas;**

Fórmula: $\frac{\text{Nº de questões esclarecidas}}{\text{Nº total de questões levantadas pelos participantes}} \times 100$

$$5/5 \times 100 = 100\%$$

Foram colocadas 5 questões no período definido para o esclarecimento de dúvidas. Coube à GNR esclarecer 2 dúvidas dos participantes e à *Helphone* 3 dúvidas.

Uma vez que todas as dúvidas foram esclarecidas, podemos afirmar que esta meta foi alcançada.

Relativamente ao objetivo: Contribuir para a prevenção de incidentes e acidentes domésticos, através do *empowerment* dos idosos e famílias em formato multidisciplinar, através de realização de Sessão de Educação para a Saúde realizada no dia 6 de Dezembro de 2013 cuja temática foi a “Segurança do Idoso”, foram definidas as seguintes metas:

- 1-Que 95% dos participantes da sessão levassem folheto informativo sobre as temáticas abordadas; (Prevenção da queda e cuidados com o frio)
- 2 - Que 10% das entidades convidadas participassem na sessão

Relativamente ao ponto 1, a meta definida foi: **que 95% dos participantes da sessão levassem folheto informativo sobre as temáticas abordadas; (Prevenção da queda e cuidados com o frio)**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que levaram folheto}}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes}} \times 100$

$$45/45 \times 100 = 100\%$$

Podemos assim concluir que 100% dos participantes levaram para o seu domicílio o folheto informativo “Inverno em Segurança” e “Prevenir para não cair...”, sendo assim a meta alcançada.

Relativamente ao ponto 2, a meta definida foi: **que 10% das entidades convidadas participassem na sessão.**

Fórmula: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de entidades que participaram}}{\text{N}^\circ \text{ total de entidades convidadas}} \times 100$

$$11/35 \times 100 = 31,4\%$$

Para esta sessão foram convidadas 35 entidades locais, no entanto apenas compareceram 11 entidades. Assim sendo, estiveram presentes o Sr.º Presidente e Vice-Presidente da União das Freguesias Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, 3 GNR, Enfermeira Chefe e Enfermeira Sub-Chefe do Centro de Saúde de Ponte de Sor, Representante do departamento social da Câmara Municipal de Ponte de Sor, Jornal Ecos do Sor, Representante da Empresa *Helphone* e 1 membro da Assembleia das Freguesias do Concelho.

Sendo a meta inicial contar com a presença de 10% das entidades convidadas, podemos afirmar que esta foi superada pois estiveram presentes 31,4% das entidades convidadas.

Um outro objetivo definido foi: Implementar medidas que proporcionem momentos de lazer aos idosos. Para atingir este objetivo efetuamos algumas propostas ao Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor e outras propostas ao Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor. As propostas foram efetuadas separadamente uma vez, que são entidades diferentes com orçamentos diferentes.

Assim sendo, definimos como metas:

- 1- Que sejam aceites 30 % das propostas;
- 2- Que 40% das propostas efetuadas fossem aceites para análise.

Quanto ao ponto 1, a meta definida foi: **que sejam aceites 30 % das propostas efetuadas.**

Fórmula: $\frac{\text{Nº de propostas aceites}}{\text{Nº total de propostas efetuadas}} \times 100$

$$6/6 \times 100 = 100\%$$

Estas propostas foram efetuadas ao Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor, sendo o poder de decisão exclusivamente deste. É de realçar que neste caso, não há pareceria com a Câmara Municipal de Ponte de Sor.

Desta forma propôs-se a elaboração de um Atelier de Saúde inserido nas comemorações do S. Martinho, o fornecimento do material de escritório (mesas, cadeiras) para a realização do Atelier, a dispensa do auditório da Junta de Freguesia de Tramaga para as sessões de dia 29 de Novembro de 2013 e de dia 6 de Dezembro de 2013, assim como a dispensa de duas funcionárias da Junta de Freguesia de Tramaga para colaborar connosco na organização do auditório e preparativos para o lanche convívio realizados nos dias acima referidos.

Uma vez que foram efetuadas 6 propostas e todas elas foram aceites, podemos afirmar que a meta foi alcançada.

Foram efetuadas 8 propostas ao Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor, das quais 3 foram aceites.

Fórmula: $\frac{\text{Nº de propostas aceites}}{\text{Nº total de propostas efetuadas}} \times 100$

$$3/8 \times 100 = 37,5\%$$

As propostas efetuadas tiveram por base os resultados Diagnóstico de Saúde previamente elaborado. Nesta linha de pensamento solicitamos a criação de rede de esgotos para toda a população da Freguesia de Tramaga, a criação de rampas de acesso em edifícios públicos (ex. igreja) e a construção gratuita de rampas de acesso nos passeios/portas dos idosos com défice de mobilidade.

Relativamente ao ponto 2, a meta definida foi que **40% das propostas efetuadas fossem para análise.**

Fórmula: $\frac{\text{Nº de propostas para análise}}{\text{Nº total de propostas efetuadas}} \times 100$

$$1/1 \times 100 = 100\%$$

Enquanto grupo de trabalho optamos por apresentar apenas uma proposta para análise ao

Presidente da União de Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor. Esta situação poderá ser explicada pela conjunta económica que o país atravessa e por percebermos que apenas atividades de menor custo poderão ser suportadas pela Junta de Freguesia de Tramaga. Nesta linha de pensamento, propusemos ao Presidente da União das Freguesias de Ponte de Sor, Tramaga e Vale de Açor a dispensa do auditório da Junta de Freguesia de Tramaga para o ensino primário a idosos, ou caso não seja possível esta opção, a dispensa de um funcionário da Junta de Freguesia para transportar os idosos a Ponte de Sor para receber a devida instrução.

Esta proposta ficou em análise, uma vez que esta atividade depende do número de idosos inscritos para receber instrução primária e depende da disponibilidade de professores para o efeito por parte da Universidade Sénior de Ponte de Sor.

Por sua vez foram efetuadas 8 propostas ao Presidente da Câmara Municipal de Ponte de Sor. De um total de 8 propostas, 3 foram aceites e 5 ficaram para análise.

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{Nº de propostas para análise}}{\text{Nº total de propostas efetuadas}} \times 100$$

$$5/8 \times 100 = 62,5\%$$

As propostas que ficaram para análise a compra de material de teleassistência, a compra de mesas de jogos para colocar em espaços verdes, a colocação de máquinas de exercício físico em espaços verdes, a deslocação de um Técnico de Desporto à Freguesia de Tramaga para realizar exercícios com os idosos e a proporcionar formação aos idosos para aprender a escrever o nome/instrução primária

Relativamente ao objetivo: Maximizar conhecimentos sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis para a saúde e qualidade de vida não só aos idosos, mas adultos e mais jovens como intervenção preventiva e sensibilizar a população para comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Como metas definimos:

- 1- Que 50% do total de participantes das comemorações do S. Martinho aderissem ao Atelier;
- 2- Que 50% das respostas sejam maiores ou iguais a 4 relativamente à importância numa escala de 1 a 5;
- 3 - Que 50% das respostas sejam maiores ou iguais a 4 relativamente ao interesse numa escala de 1 a 5;
- 4 - Que 80% dos aderentes ao atelier recebam folheto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis
- 5 - Tiragem mínima de 1000 exemplares do jornal “aponte”;
- 6 - Obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no jornal digital “Sor Saúde”.

Relativamente ao ponto 1, a meta definida foi: **que 50% do total de participantes das comemorações do S. Martinho aderissem ao Atelier;**

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de adesões do Atelier de Saúde} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes das comemorações do S. Martinho}}$$

$$61/80 \times 100 = 76,25\%$$

Analisando os resultados obtidos, podemos dizer que superámos a meta estabelecida.

É de referir que o Atelier de Saúde foi realizado no dia 16 de Novembro de 2013, numa noite bastante fria, o que de certa forma influenciou a saída das pessoas das suas casas, principalmente os idosos com 65 ou mais anos.

Relativamente ao ponto 2, a meta definida foi: **que 50% das respostas sejam maiores ou iguais a 4 relativamente à importância numa escala de 1 a 5;**

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ total de Respostas maiores ou iguais a 4} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes do Atelier}}$$

$$61/61 \times 100 = 100\%$$

Este resultado é bastante elucidativo, pois demonstra que 100% do total dos participantes achou esta iniciativa importante (4) e muito importante (5).

Relativamente ao ponto 3, a meta definida foi: **que 50% das respostas sejam maiores ou iguais a 4 relativamente ao interesse numa escala de 1 a 5;**

$$\text{Fórmula: } \frac{\text{N}^\circ \text{ total de Respostas maiores ou iguais a 4} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de participantes do Atelier}}$$

$$61/61 \times 100 = 100\%$$

Mais uma vez os resultados são esclarecedores, uma vez que 100% dos participantes do Atelier demonstram que estão interessados (4) ou muito interessados (5) em participar em iniciativas que promovam a sua saúde.

No ponto 4, foi definido como meta **que 80% dos aderentes ao atelier recebam folheto sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis.**

Fórmula: $\frac{\text{Nº de pessoas que levaram folheto}}{\text{Nº total de participantes do Atelier}} \times 100$

$$52/61 \times 100 = 85\%$$

Analisando este resultado, constatamos a meta inicialmente definida nos 80%, foi superada.

Relativamente ao ponto 5, a nossa meta passava por uma **Tiragem mínima de 1000 exemplares do jornal “aponte” nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2014.**

Foi nestes mesmos meses que foram publicados os Artigos de Saúde.

Após troca de correio eletrónico com o Jornal “aponte”, apurámos que foram efetuadas 1000 tiragens em janeiro e 1000 tiragens em Fevereiro, o que foi ao encontro da meta definida inicialmente.

Relativamente ao ponto 6, meta definida foi: **obter 100 visualizações após 30 dias da publicação no jornal digital “Sor Saúde”.**

Esta meta foi claramente ultrapassada, uma vez que em 30 dias o jornal digital Saúde, foi visualizado 303 vezes.

7 – REFLEXÃO CRÍTICA

Neste capítulo do relatório de estágio irei salientar os aspetos mais importantes desenvolvidos durante o estágio, refletindo os mesmos.

O estágio a que este relatório se refere decorreu na comunidade, no período de 16 de Setembro de 2013 a 31 de Janeiro de 2014.

No decorrer do estágio foram realizadas várias intervenções de cariz comunitário junto da população Idosa da Freguesia de Tramaga, tendo por base os resultados do Diagnóstico de Saúde da População com 65 ou mais anos residentes nesta Freguesia.

O estágio foi dividido em 3 partes distintas. Numa primeira fase optou-se por dar a conhecer à comunidade local os principais resultados do Diagnóstico de Saúde realizado no estágio anterior.

A divulgação desta sessão formativa aconteceu por edital da Junta de Freguesia de Tramaga. A população respondeu à nossa “chamada” e compareceu na sessão formativa. As nossas expectativas foram largamente ultrapassadas, uma vez que compareceram alguns idosos a quem tinham sido aplicado os questionários, assim como pessoas de todas as idades. O ambiente estava calmo e pairava no ar alguma curiosidade face aos resultados do Diagnóstico de Saúde. A apresentação da primeira parte desta sessão coube-me a mim, por decisão unânime do grupo de trabalho.

Achamos que ser um elemento conhecido da comunidade local a abrir a sessão, iria “quebrar o gelo” tão comum no início das sessões de educação para a saúde, deixando consequentemente os participantes mais à vontade para intervir a qualquer momento.

Numa segunda fase realizamos um “Atelier de Saúde” inserido nas comemorações do S.Martinho da Freguesia. Esta já foi a segunda intervenção comunitária realizada no decorrer do estágio, e aconteceu no dia 16 de Novembro de 2013.

Nesta fase do estágio, notamos que já existia alguma empatia da população para com o grupo de mestrandas, que alguns idosos já conheciam os diferentes elementos do grupo pelo nome próprio e que o trabalho desenvolvido na Freguesia era valorizado pela população em geral. Foi um dia muito cansativo, mas o balanço final foi extremamente positivo. Apercebermo-nos que a nossa intervenção na comunidade, estava a ser reconhecida e valorizada foi encorajador para as fases seguintes.

O nosso principal objetivo com a realização desta Atelier, passava por mostrar que os Enfermeiros não devem substituir a pessoa na gestão da sua saúde, mas sim possibilitar que a pessoa adquira este poder através dela própria. Os enfermeiros poderão ajudar a desenvolver e

utilizar os recursos que irão promover o controlo e a autoeficácia. Nestes contextos o *empowerment* é fundamental para fomentar nas comunidades a capacidade de serem elas próprias os atores dos processos de promoção da sua própria saúde e da resolução dos seus próprios problemas através da mobilização dos seus recursos. A colocação pró-ativa das comunidades no cerne dos processos de intervenção, num contexto de parceria e de partilha de poder privilegia a mudança efetiva na promoção da saúde aos diferentes níveis.

Foi notória uma maior adesão a esta iniciativa. Essa maior adesão por parte da população poderá ser explicada por vários fatores nomeadamente: a realização do Atelier de Saúde estar inserida nas comemorações do S.Martinho e o local ser conhecido de todos e o facto de já conhecerem o trabalho desenvolvido pelo grupo de mestrandas. (anexo IX)

Um dos resultados do Diagnóstico de Saúde realizado no estágio anterior, relativamente ao número de vezes que os inquiridos receberam cuidados de enfermagem nos últimos 6 meses, apontava que 86 dos inquiridos receberam 1 vez cuidados de Enfermagem, sendo este o valor mais representativo. Analisando este resultado podemos admitir que alguns idosos deslocaram-se ao Atelier de Saúde para vigilância de Tensão Arterial, Glicémia Capilar e esclarecimento de dúvidas. Os idosos não foram questionados sobre o que os motivou à adesão ao Atelier de Saúde, no entanto verbalmente muitos afirmaram que o que os motivou foi a vigilância dos parâmetros acima descritos, assim como esclarecimentos sobre medicamentos genéricos e fatores de risco das doenças cardiovasculares.

A terceira intervenção comunitária desenvolvida no decorrer do estágio, foi uma sessão de educação para a saúde sobre “Segurança do Idoso”. Esta sessão aconteceu no dia 6 de Dezembro de 2013 e o local eleito foi o auditório da Junta de Freguesia de Tramaga.

Esta sessão foi projetada, para ser apresentada em parceria com outras entidades, nomeadamente GNR e *Helpphone* – empresa de Teleassistência.

Trabalhar em parceria é vantajoso uma vez que as informações se complementam, mas exige esforço por parte da equipa multidisciplinar para que as temáticas não se sobreponham.

Um facto que deve ser valorizado é a colaboração da GNR de Ponte de Sor. Desde o primeiro contacto que mostraram disponibilidade total para colaborar connosco. Foi solicitado inclusive empréstimo de material multimédia (Tela e *datashow*), sendo o pedido aceite de imediato. No dia da sessão formativa, optaram pela temática “Cuidado com as Burlas – Conselhos da GNR” que foi apresentado pelo militar responsável pelo Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança. A apresentação foi bastante objetiva, clara e dinâmica. O formador mostrou uma capacidade de relacionamento interpessoal com os participantes irrepreensível.

Pessoalmente, posso dizer que esta foi uma das grandes surpresas do estágio de intervenção comunitária, pois não tinha a perceção que estes militares da GNR estavam tão bem preparados para este tipo de intervenções na comunidade.

A apresentação da empresa de Teleassistência – *Helpphone* também foi um dos momentos

altos da sessão “Segurança do Idoso”. Uma vez que a Freguesia de Tramaga fica no interior do país, este tipo de equipamento era desconhecido para muitos dos participantes. A apresentação por parte do Coordenador de Operações da *Hellphone* foi bastante explícita e a demonstração prática do equipamento, valorizou a sessão. O facto de a sala estar preenchida com pessoas de todas as idades foi benéfico. Algumas pessoas entre os 40-50 anos mostraram-se bastante recetivas a adquirir o equipamento, para assegurar a segurança dos seus progenitores.

A metodologia utilizada neste estágio foi o planeamento em saúde, espelhando as atividades que se desenvolveram em contexto prático, os objetivos e as estratégias definidas para a concretização do projeto proposto. Na área da saúde o planeamento “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações” (Tavares, 1990: 37).

É importante salientarmos que todas as intervenções planeadas foram realizadas, bem como avaliadas.

Os enfermeiros têm um papel principal na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de mediadores dos diferentes interesses da sociedade, intervir concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de prossecução da Saúde (Almeida, 2003 cit. por Antunes, 2005).

Podem ainda participar nas tomadas de decisão relativas ao planeamento e gestão dos serviços de Saúde a nível local; podem dinamizar a população a adquirirem mais confiança na sua capacidade de tomarem sobre si o encargo do desenvolvimento da própria Saúde e podem exercer uma influência positiva sobre a população porque educam e prestam informações claras, fundamentadas sobre as consequências favoráveis ou desfavoráveis de certos comportamentos e modos de vida (Pinhel, 2006).

Pretende-se que os cuidados de enfermagem facultem às pessoas a aquisição de experiências de Saúde vividas a título individual pela pessoa, família ou grupo e para a promoção da sua Saúde (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, 1996 citado por Ministério da Saúde, 2000).

Tenho a consciência que neste relatório não é possível medir os ganhos em saúde (impacto) resultantes destas intervenções, mas penso ter dado um contributo pessoal importante na adoção de estilos de vida saudáveis, na importância de vigilância da sua saúde, nos cuidados a ter para prevenir a queda, nos cuidados a ter com o frio, entre outros.

Os objetivos gerais deste trabalho não serão avaliados quantitativamente, pela impossibilidade de avaliar o peso das atividades desenvolvidas a médio e longo prazo. No entanto, presume-se que as atividades irão servir como um contributo para a mudança de comportamentos, que irá capacitar o indivíduo, responsabilizando-o pela sua saúde e poderá trazer benefícios para o mesmo, promovendo uma melhoria da qualidade de vida e minimizando

problemas ou complicações que possam surgir, permitindo que se mantenha ativo e autónomo por mais tempo. Este é apenas o início de um processo que trará ganhos em saúde aos idosos com 65 e mais anos a residir na Freguesia de Tramaga.

Consideramos que a da sessão de educação para a saúde que abordava a temática “Segurança do Idoso” deveria ter sido apresentada mais vezes ao longo do estágio. O militar da GNR que colaborou connosco, sugeriu que a mesma sessão fosse apresentada nas várias Freguesias do Concelho de Ponte de Sor, dado a adesão e o sucesso da mesma.

Mais tarde, alguns idosos da Freguesia que não tinham assistido à sessão, manifestaram vontade de assistir à mesma apresentação. Todos os *feedbacks* recebidos foram positivos e de encorajamento. O facto de “levar” a sessão para outras Freguesias do Concelho estava fora do âmbito da intervenção daí não ter sido possível a sua execução. A réplica da Sessão de Educação na Freguesia de Tramaga, também não foi possível uma vez que o tempo de estágio era limitado, e outras intervenções comunitárias foram programadas para o mês subsequente.

Esta sugestão poderá ser importante para outras intervenções comunitárias que se pretendam realizar.

CONCLUSÃO

No início do século XXI, o mundo e, consequentemente, a sociedade portuguesa vê-se confrontada com um contexto de mudança em termos epidemiológicos e demográficos, em que o progresso científico e o desenvolvimento tecnológico imperam, num cenário de recursos limitados e de aumento das disparidades socioeconómicas. Como tal, novas ameaças à saúde da população mundial têm emergido, tais como o envelhecimento, o aumento do desemprego, o aumento do sedentarismo, o aumento da prevalência das doenças crónicas, o aumento da toxicodependência, o aumento da violência, o aparecimento de novas doenças infecciosas, o aumento da prevalência de distúrbios/problemas relacionados com a saúde mental, a par da globalização económica e da degradação ambiental.

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial. Na União Europeia as taxas de natalidade têm diminuído na maioria dos países e a esperança média de vida tem aumentado, sendo já apelidada de “Europa idosa”.

Em Portugal, o envelhecimento tem sido tema de debate e preocupação nos últimos anos. O aumento da esperança média de vida tem sido considerado nas políticas sociais para a terceira idade, caracterizando-se por um modelo assistencialista e pela centralização nacional operacionalizada através de protocolos com instituições públicas e privadas, estando mais orientadas para a população dependente e para a institucionalização (Martin, Duarte, Póvoa & Duarte, 2009). “Não obstante, a inovação nas políticas sociais para a terceira idade caracteriza-se por programas de natureza diferente, descentralizados, os quais são desenvolvidos no âmbito local, mas que têm implicações a nível central.” (Kraan, 1993 citado por Martin et al., 2009: 6), realçando a importância das iniciativas locais para a análise de necessidades da população envelhecida, bem como o desenvolvimento de estratégias de intervenção adequadas.

Assim, neste âmbito, a Enfermagem Comunitária assume um papel de vital importância, uma vez que os profissionais desta área são, por excelência, detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública, desenvolvendo programas/projetos de intervenção com vista ao *empowerment* das comunidades e ao exercício da cidadania.

De acordo com a OE (2010), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no âmbito das suas competências específicas, **determina a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra**

a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.** A concretização desta competência definida pela Ordem dos Enfermeiros envolve todo o processo de planeamento nas suas múltiplas etapas. A aquisição desta competência iniciou-se com a Unidade Curricular Enfermagem Comunitária, cuja finalidade se prendia com a realização de um diagnóstico de saúde, o que efetivei em conjunto com as minhas colegas de grupo de estágio. De acordo com as razões já descritas, optámos por efetuar um Diagnóstico de Saúde dos Idosos com 65 ou mais anos da Freguesia de Tramaga, no sentido de traçar um perfil de necessidades desta população.

Posteriormente, seguimos as várias etapas da metodologia do planeamento em saúde, onde estabelecemos as prioridades em saúde, formulámos os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde definidas, estabelecemos um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e procedemos à avaliação das atividades desenvolvidas. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário. A identificação de necessidades foi, portanto, efetuada tendo em conta dados quantitativos que foram analisados e organizados.

Por tudo o que referi julgo ter conseguido alcançar e consolidar esta competência, uma vez que fui capaz de seguir e concretizar todas as etapas do planeamento em saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

A capacitação de grupos e comunidades entende-se como o empoderamento ou *empowerment* das populações. O seu objetivo é dar às populações os seus próprios meios para actuar na gestão e controlo da própria saúde.

Devido ao forte envelhecimento demográfico, o cenário com que nos deparamos atualmente e que se prevê aumentar no futuro, é o de populações cada vez mais envelhecidas cujo cuidador/família, a maioria das vezes, não tem disponibilidade de tempo, económica ou geográfica para prestar assistência à pessoa necessitada. Assim, prevê-se que cada vez mais os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária sejam necessários junto dos utentes no seu domicílio. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve reconhecer quais as necessidades dos idosos e suas famílias de modo a determinar quais as intervenções mais adequadas a todo o grupo. As sessões de educação para a saúde são uma das principais estratégias que o enfermeiro deve utilizar no sentido de sensibilizar para a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da comunidade.

No decorrer deste estágio foram desenvolvidas várias atividades, no sentido de capacitar o idoso para a gestão da sua própria saúde. Foi efetuada uma sessão de educação para a

saúde sobre “Segurança do Idoso” em formato multidisciplinar, foram realizados folhetos informativos sobre Hipertensão, Diabetes, Prevenção da Queda, Cuidados a ter com o frio e foram publicados 2 artigos de sobre hábitos de vida saudáveis. Todas estas atividades foram desenvolvidas pensando na população alvo, ou seja, idosos com 65 ou mais anos, daí se ter optado por uma linguagem simples e objetiva.

Considero que atingi esta competência específica, através da realização de todas as intervenções anteriormente enunciadas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública **integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.**

O planeamento das atividades a desenvolver nas várias intervenções comunitárias, foi efetuado não só de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS 2012-2016.

Assim, considero ter atingido a competência específica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, **realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.**

Conscientes da importância da vigilância epidemiológica, como instrumento para a análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença, cooperámos na vigilância epidemiológica do grupo abrangido pelas nossas intervenções ao identificarmos fatores de risco relacionados com os estilos de vida, tendo assim atingido a competência específica.

Em todos os momentos de estágio destaco a cooperação com outras organizações da comunidade e a possibilidade de elaborar planeamentos comuns com intervenções organizadas e continuadas. Esta cooperação permitiu-me a abertura das minhas perspetivas de ação.

A realização do estágio na Comunidade e a elaboração deste relatório permitiram-me aprofundar e compreender a área de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ao finalizarmos este relatório pensamos ter alcançado os objetivos a que nos propusemos inicialmente. Descrevemos e analisámos as atividades realizadas durante o estágio e refletimos sobre as atividades desenvolvidas e a forma como elas contribuíram para o nosso processo de aprendizagem conducente à aquisição e ao desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública descrito pela Ordem dos Enfermeiros.

O facto de o estágio ter decorrido em contexto comunitário, e não confinado às instalações físicas de um Centro de Saúde, foi muito enriquecedor, pois promoveu o desenvolvimento de aprendizagens significativas no nosso desenvolvimento profissional e, até mesmo, pessoal.

Estamos convictas que as intervenções por nós realizadas poderão possibilitar às pessoas idosas com 65 e mais anos um envelhecimento mais saudável, fornecendo-lhes conhecimentos e competências para que de forma consciente e informada sejam capazes de tomar medidas para

gerir a sua própria saúde, contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde ainda que a longo prazo. Se a nossa convicção se converter em realidade, essa será considerada por nós como a mais importante recompensa para os nossos esforços.

Este relatório traduz-se no crescimento e amadurecimento profissional, bem como no ganho progressivo de competências nomeadamente no domínio da investigação, comunicação, relação, negociação, gestão/ organização, do ensino e informação no âmbito da intervenção avançada em enfermagem comunitária.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. M. (2004); Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em saúde* VOL. 23, N.º 1 — Janeiro/Junho 2005 publicação: 1 de Setembro de 2004
- Araújo, I. (2010). Cuidar de Famílias com um Idoso Dependente: Formação em Enfermagem. *Tese De Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ariés, P. e Duby, (Dir). (1991). *Histórias da Vida Privada: da Primeira Guerra Mundial aos Nossos Dias*. Porto: Edições Afrontamento
- Berger, M. & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global. (Processo de Enfermagem por necessidades)*. Lisboa: Lusodidacta
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do internamento Hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- Câmara Municipal de Ponte de Sor (2013). Acedido em 10 de Março de 2014 em <http://www.cm-pontedesor.pt>
- Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. *Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia*. Porto: Universidade Lusitana do Porto.
- Cardoso, A et al. (2008). *Envelhecer em Matosinhos-Panorama actual e Cenários de Futuro*. Matosinhos: Câmara Municipal de Matosinhos.
- Castilho, A. (2010). Envelhecimento activo/envelhecimento saudável – opinião dos idosos de Viana do Castelo. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima. *Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem*. Acedido em 21 de Maio de 2014 em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1498/4/Mono_AnaCastilho.pdf
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração do Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 15 de Fevereiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

- 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Fevereiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (2009). *Carta de Nairobi: Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap*. Nairobi: 7.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Acedido a 15 de Fevereiro de 2014 em: http://who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.htm
- Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3.^a edição, Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa, A. Et al. (2008). *Um lugar sobre a pobreza: Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Gradiva.
- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro. Série I – N.º228. *Reorganização dos Serviços do Ministério da Saúde e Assistência*. Acedido em 10 de Setembro de 2014 em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/74/DL413-71.pdf>
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de Julho. *Diário da República — Série I-A* – N.º 173 – 27 de Julho 1999. Acedido a 10 de Setembro de 2014 em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1999/07/173A00/46904695.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. *Diário da República*, Série I-A — N.º 109 — 6 de Junho 2006, Acedido a 10 de Setembro 2014 em: <http://dre.pt/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, *Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde*, *Diário da República*, 1.^a série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008
- Decreto-Lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro, *Carreira de Enfermagem*, *Diário da República*, 1.^a série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais-Itinerário de Pesquisa em torno do aumento da Esperança de Vida*. Oeiras: Celta Editora.
- Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (Campus do saber;8). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance: Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. In Sardinha, L.; Matos, M.; Loureiro, I. (editores), *Promoção da Saúde: Modelos e*

- Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* (pp. 9-55). Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Henriques, M. (Maio de 2006). Programa de Doutoramento em Enfermagem - Revisão Sistemática de Literatura (2004-2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2ª Edição, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde. Obras Avulsas.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (Novembro de 2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. In *Revista de Estudos demográficos* (vol. nº 32). Lisboa: INE, I.P.185-208.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. *XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto de Segurança Social [ISS] (2010). *Guia Prático: Complemento Solidário para Idosos*. Lisboa: Segurança Social. Acedido a 3 de Junho de 2014 em http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=23104&m=PDF;
- Instituto de Segurança Social [ISS] (2010). *Guia Prático: Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas*. Lisboa: Segurança Social. Acedido a 3 de Junho de 2014 em: http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=22899&m=PDF;
- Instituto de Segurança Social [ISS] (2010). *Guia Prático: Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Segurança Social. Acedido a 3 de Junho de 2014 em: http://www1.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=22899&m=PDF;
- Leal, C. M. da S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores, acedido a 9 de Agosto 2014 em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (1996). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Acedido a 25 de Março de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais - Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº10. 2003.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Novembro de 2010). *Regulamento da Competências do Enfermeiros Especialista de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 25 de Março de 2014, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1947). *WHO- World Health Organisation (1948). Officials Records of the World Health Organization*, No 2, 100 p.. United Nations, World Health Organisation. Geneve. Interim Comission.
- Organização Mundial de Saúde (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. December 1974*. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1975 (WHO Technical Report Series, No 564).
- Organização Mundial de Saúde (1994) *WHO- World Health Organisation (1994). Report of the WHOQOL Focus Group*. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO
- Organização Mundial de Saúde (2002) - *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Acedido a 22 de Maio de 2014 em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde – Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa.
- Pimentel, L. (2001), *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A (2010). As potencialidades do agente comunitário de saúde na efectivação da promoção da saúde: Uma análise das suas acções no município de Marília-SP. Dissertação de Mestrado. In *Biblioteca digital de teses e dissertações da USP*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2014 em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/.../Adriana_Avanzi.pdf
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde (2004). Circular Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de Julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria - Atividade física para manter a independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecimento Saudável*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Envelhecer com sabedoria – Alimentar-se melhor para manter a sua saúde e independência*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção-Geral de Saúde (2008). *Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (2008). *Saúde Oral das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde;
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado da Saúde.
- PORTUGAL, Ministério da Administração Interna - *Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança - GNR Guarda Nacional Republicana*, Acedido a 1 de Junho 2013 em: www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpvnv5/vq1515
- Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista - Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 2.ª série — n.º 35 — 18 de fevereiro de 2011
- Regulamento n.º 128/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - Ordem dos Enfermeiros*. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011
- Ribeiro, J. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde, *Análise Psicológica*, 2/3 (XII), pp.179-191.
- Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paul & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, 137 – 156. Lisboa: Climepsi Editores
- Stanhope M. & Lancaster J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação n.º 2. Ministério da Saúde.
- Veras, R. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio Janeiro: Relume – Duramá.
- World Health Organization (2005). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Acedido a 10 de Março de 2014 em: www.who.int/mental_health
- Zimmerman, I. (2000). Velhice, aspetos biopsicossociais. São Paulo: Artemed.